

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 07**



Trabalho de Conclusão de Curso

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na UBS/ESF São José dos Ausentes, São José dos Ausentes/RS.

Jose Quiñones Diaz

Pelotas, 2015

Jose Quiñones Diaz

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na UBS/ESF São José dos Ausentes, São José dos Ausentes/RS.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família EaD da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Naércia Ranúzia do Nascimento Torres Vitorino dos Santos

Pelotas, 2015

**Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação**

D542m Díaz, José Quiñones

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na UBS/ESF São José dos Ausentes, São José dos Ausentes/RS / José Quiñones Díaz; Naércia Ranúzia do Nascimento Torres Vitorino dos Santos, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

104 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Saúde do Idoso 4.Assistência domiciliar 5.Saúde Bucal I. Santos, Naércia Ranúzia do Nascimento Torres Vitorino dos, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho a minha família, a meu povo, ao povo brasileiro, ao Programa Mais Médicos para o Brasil e a todas as pessoas que tornaram possível a realização deste trabalho.

Agradecimentos

Agradeço a todos que contribuíram de uma forma ou de outra, na realização deste trabalho seja participando e/ou apoiando. Especialmente à orientadora Naércia Santos e a equipe de saúde da UBS São José dos Ausentes, sem os quais não teria sido possível a concretização deste.

Lista de Figuras

| | | |
|-----------|---|----|
| Figura 1 | Tabela da Distribuição da população comunidade São José dos Ausentes, estimativa brasileira da população comunidade São José dos Ausentes, por faixa etária, em 2014. | 61 |
| Figura 2 | Gráfico de Cobertura de usuários idosos cadastrados ao longo do projeto de intervenção na UBS São José dos Ausentes/RS, 2015. | 64 |
| Figura 3 | Gráfico de Proporção de usuários idosos com hipertensão e/ou diabetes com solicitação de exames complementares periódicos em dia no projeto de intervenção na UBS São José dos Ausentes/RS, 2015. | 66 |
| Figura 4 | Gráfico de Proporção de usuários idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular Priorizada no projeto de intervenção na UBS São José dos Ausentes/RS, 2015. | 67 |
| Figura 5 | Gráfico de Proporção de usuários idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no projeto de intervenção na UBS São José dos Ausentes/RS, 2015. | 68 |
| Figura 6 | Gráfico de Proporção de usuários idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar no projeto de intervenção na UBS São José dos Ausentes/RS, 2015. | 69 |
| Figura 7 | Gráfico de Proporção de usuários idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico no projeto de intervenção na UBS São José dos Ausentes/RS, 2015. | 70 |
| Figura 8 | Gráfico de Proporção de usuários idosos com primeira consulta odontológica programática no projeto de intervenção na UBS São José dos Ausentes/RS, 2015. | 71 |
| Figura 8 | Fotografia da realização de hemoglicoteste na visita domiciliar ao idoso acamado pela técnica de enfermagem no projeto de intervenção na UBS São José dos Ausentes/RS, 2015. | 92 |
| Figura 9 | Fotografia da consulta médica na visita domiciliar no projeto de intervenção na UBS São José dos Ausentes/RS, 2015. | 93 |
| Figura 10 | Fotografia da consulta de enfermagem na UBS no projeto de intervenção na UBS São José dos Ausentes/RS, 2015. | 94 |
| Figura 11 | Fotografia da equipe realizando visita domiciliar ao idoso no projeto de intervenção na UBS São José dos Ausentes/RS, 2015. | 95 |
| Figura 12 | Fotografia da equipe durante reunião de monitoramento da intervenção no projeto de intervenção na UBS São José dos | 95 |

Ausentes/RS, 2015.

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

| | |
|------|--|
| ACS | Agente Comunitário da Saúde |
| ASB | Auxiliar de Saúde Bucal |
| CAPS | Centro de Atenção Psicossocial |
| CEO | Centro de Especialidades Odontológicas |
| DM | Diabetes Mellitus |
| eESF | Equipe da Estratégia de Saúde da Família |
| ESF | Estratégia de Saúde da Família |
| ESB | Equipe de Saúde Bucal |
| HAS | Hipertensão Arterial Sistêmica |
| MS | Ministério da Saúde |
| NASF | Núcleo de Apoio a Saúde da Família |
| PA | Pressão Arterial |
| SIAB | Sistema de Informação da Atenção Básica |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCC | Trabalho de Conclusão de Curso |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| USF | Unidade de Saúde da Família |

Sumário

| | |
|---|----|
| Apresentação | 10 |
| 1. Análise Situacional | 11 |
| 1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS | 11 |
| 1.2 Relatório da Análise Situacional | 12 |
| 1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional | 26 |
| 2. Análise Estratégica | 27 |
| 2.1 Justificativa | 27 |
| 2.1 Objetivo geral | 29 |
| 2.3 Metodologia | 31 |
| 2.3.1 Detalhamento das ações | 31 |
| 2.3.2 Indicadores | 50 |
| 2.5 Cronograma | 58 |
| 3. Relatório da Intervenção | 60 |
| 3.1 Ações previstas e desenvolvidas | 60 |
| 3.2 Ações previstas e não desenvolvidas | 65 |
| 4.1 Resultados | 66 |
| 5. Relatório da intervenção para gestores | 82 |
| 6. Relatório da intervenção para a comunidade | 85 |
| 7. Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem | 87 |
| Referências | 90 |
| Apêndices | 91 |
| Anexos | 96 |

Resumo

DIAZ; José Quiñones. **Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na UBS/ESF São José dos Ausentes, São José dos Ausentes/RS.** 2015. 103f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

As alterações demográficas do último século, que se traduziram na modificação e por vezes inversão das pirâmides etárias, refletindo no envelhecimento da população, vieram colocar aos governos, às famílias e à sociedade em geral, desafios para os quais não estavam preparados. Envelhecer com saúde, autonomia e independência, o mais tempo possível, constitui hoje, um desafio à responsabilidade individual e coletiva. Diante disto, este trabalho objetivou melhorar a atenção aos idosos da área de abrangência da UBS São José dos Ausentes. Para isso foram elencadas ações, metas e estabelecidos indicadores para acompanhar a intervenção com base nos protocolos do Ministério da Saúde sustentando-se no monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Os resultados obtidos durante as 12 semanas de intervenção foram satisfatórios, a equipe conseguiu ampliar a cobertura da atenção aos idosos, além de garantir registro adequado que permite a equipe desenvolver a coordenação do cuidado, primordial na atenção primária à saúde e qualificar a assistência voltada ao idoso. Foram cadastrados 227 idosos, atingindo o percentual de 60,7% de cobertura. As metas foram cumpridas em quase sua totalidade, exceto a que se refere à solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos o que foi cumprido em 169 usuários para um 74 % da meta , os usuários idosos que sofrem de Hipertensão e/ou Diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/ Hiperdia priorizada, onde de um total de 227 usuários foram incluídos 135 para um 97 % e a realização da primeira consulta odontológica em 100% dos idosos onde foi de 220 usuários para um 96.9 %, Além disso, foram orientados quanto a alimentação saudável, a necessidade de prática de atividade física regular, como evitar fatores de riscos e sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias). A intervenção proporcionou capacitação da equipe, definição das atribuições dos membros e uma melhor integração dos profissionais da UBS, aumento do vínculo com a comunidade e organização do serviço.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família; Saúde do Idoso; Assistência Domiciliar; Saúde Bucal.

Apresentação

O volume deste Trabalho de Conclusão do Curso é produto da especialização em Saúde da Família, da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde, pelo programa Mais Médico no Brasil, realizado ao longo do ano de 2015. Este pretende mostrar a melhoria da atenção à Saúde da pessoa idosa, após a implantação de estratégias voltadas para qualidade da assistência à saúde destes na ESF São José dos Ausentes, São José dos Ausentes/RS.

O presente volume está organizado em sete capítulos. O primeiro capítulo corresponde à análise situacional e trás informações relativas à caracterização do serviço e da população alvo. O segundo capítulo trata da análise estratégica, onde são descritos o foco da intervenção, os objetivos e passos da intervenção. No terceiro capítulo há o relatório da intervenção, relatando detalhadamente como ocorreram as ações. No quarto capítulo a análise da intervenção, com os resultados alcançados e a discussão dos mesmos. O quinto capítulo trata-se do relatório da intervenção para os gestores. O sexto capítulo é o relatório da intervenção para a comunidade e encerramos com o sétimo capítulo trazendo a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

Boa leitura!

1. Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Nossa Unidade Básica de Saúde (UBS) esta situada no município São José dos Ausentes na região nos Campos da Cima da Serra do Rio Grande do Sul. Há uma população de 3219 habitantes a principal atividade econômica é a agricultura, a coleta de maçã e batata. Não possuem hospitais ou outra UBS no município, temos atendimento clínico de especialistas em pediatria e ginecologia que atendem uma vez ao mês. Os usuários que precisam de outro atendimento e as emergências são encaminhados para outros municípios, em nosso caso o hospital de referência se encontra a 104 km. Temos cinco comunidades no interior com difícil acesso até a UBS pela falta do transporte público.

A estrutura física a UBS e recepção, cinco consultórios para atendimento do médico, enfermeiro, psicólogo, ginecologista e nutricionista; sala de vacinação; farmácia; sala de reabilitação; sala de vigilância sanitária e epidemiológica; sala de triagem; sala para procedimentos de enfermagem; sala de nebulização; sala de esterilização; consultório odontológico; duas salas de observação; uma sala de eletrocardiograma; sala para pequena cirurgia; sala dos agentes de saúde; sala de Raios-X; almoxarifado; auditório; parqueio das ambulâncias; cinco banheiros e cozinha; e tem a particularidade que os escritórios da Secretaria da Saúde do município estão anexos na UBS.

A composição da equipe de saúde conta com dois médicos, três enfermeiras, uma fisioterapeuta, uma nutricionista, quatro motoristas, quatro técnicas de enfermagem, cinco Agentes Comunitários de Saúde, dois odontólogo, auxiliar de odontologia, psicóloga, dois funcionários de limpeza, um funcionário da vigilância epidemiológica.

A UBS funciona de segunda à sexta das 8:00 às 17:30 horas, são realizados atendimentos na unidade e visitas domiciliares com horários intercalados. Realizamos em torno de 50 atendimentos clínicos por dia, este número elevado de atendimentos dificulta a organização das visitas domiciliares.

As principais doenças atendidas são infecções respiratórias altas e doenças músculo- esqueléticas. Temos atendimentos de doenças crônicas sendo mais comuns a hipertensão arterial e Diabetes Mellitus que formam grupos e realizam-se reuniões todos os meses como parte das atividades de promoção de saúde. Fazemos atendimento pré-natal os atendimentos a puerperais e puericultura. Como parte das atividades de atenção primaria que incluem prevenção, promoção, diagnóstica e reabilitação; contamos com um grupo de programas e atividades que apoiam e melhoram a qualidade do trabalho.

São realizadas atividades de saúde bucal nas escolas e palestras educativas sobre a importância do uso de camisinhas para evitar doenças sexualmente transmissíveis e gravidez na adolescência, se realizam exames preventivos pesquisa de câncer do colo do útero acorde com faixa etária, rastreamento do câncer de mama, com solicitação de mamografia de acordo com a faixa etária. Encaminhamento ao especialista dos casos positivos. O trabalho da UBS tem uma boa aceitação na população, que se sentem bem atendidos e comprometidos com os cuidados à saúde. Contamos também com uma equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) apoiando as ações desenvolvidas na UBS.

Após a chegada do programa Mais Médicos no município e especificamente com a nossa chegada aos bairros, os atendimentos e o nível de satisfação da população tem tido uma mudança positiva, com boa aceitação popular, razão pela qual nos sentimos motivados a intensificar nosso trabalho e dirigi-lo à identificação dos verdadeiros problemas de saúde da população e fazer ações para melhorá-los.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município São José dos Ausentes situa-se na região dos Campos de Cima da Serra do Rio Grande do Sul, no nordeste do estado. Há uma população de 3219 habitantes, a principal atividade econômica é a agricultura, a coleta de maçã e batata.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) segue do modelo Estratégia Saúde da Família (ESF) vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS) mediante a prefeitura do município. A equipe esta composta por, dois médicos, três enfermeiras, uma fisioterapeuta, nutricionista, quatro motoristas, quatro técnicas de enfermagem, cinco Agentes Comunitários de Saúde, dois odontólogos, auxiliar de odontologia, psicóloga, dois funcionários de limpeza, um funcionário da vigilância epidemiológica.

Contamos com uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). O município não dispõe de hospitais ou outra UBS. Temos atendimento clínico de especialistas em pediatria e ginecologia que atendem uma vez ao mês. Os usuários que precisam de outro atendimento como as emergências, são encaminhados para outros municípios, em nosso caso o hospital de referência se encontra a 104 km. Temos cinco comunidades no interior com difícil acesso até a UBS pela falta do serviço de transporte público. A UBS funciona de segunda à sexta das 8:00 às 17:30 horas, também se realizam atendimentos e visitas domiciliar com horários intercalados. Realizamos em torno de 50 atendimentos clínicos por dia, este número elevado de atendimentos dificulta a organização das visitas domiciliares.

As principais doenças atendidas são infecções respiratórias altas e doenças músculo- esqueléticas. Temos atendimentos de doenças crônicas sendo mais comuns a hipertensão arterial e diabetes Mellitus que formam grupos e realizam-se reuniões todos os meses como parte das atividades de promoção de saúde. Fazemos atendimento pré-natal e os atendimentos a puerperais e puericultura. Como parte das atividades de atenção primária que incluem prevenção, promoção, diagnóstica e reabilitação; contamos com um grupo de programas e atividades que apoiam e melhoram a qualidade do trabalho.

Nosso trabalho tem um apoio muito importante da nutricionista pertencente à equipe do NASF. Realizam-se varias ações programáticas avaliando definição de utilização de protocolo.

Em quanto à estrutura e uma UBS de nova construção, nossa unidade esta bem estruturada inclusive tem um auditório onde são ministradas palestras e cursos. A UBS de São José dos Ausentes, em sua estrutura, possui recepção: cinco consultórios para atendimento do médico, enfermeiro, psicólogo, ginecologista e nutricionista; sala de vacinação; farmácia; sala de reabilitação; sala de vigilância sanitária e epidemiológica; sala de triagem; sala para procedimentos de enfermagem; sala de nebulização; sala de esterilização; consultório odontológico;

duas salas de observação; uma sala de eletrocardiograma; sala para pequena cirurgia; sala dos agentes de saúde; sala de Raios-X; almoxarifado; auditório; parqueio das ambulâncias; cinco banheiros e cozinha; e tem a particularidade que os escritórios da Secretaria da Saúde do município estão anexos na UBS.

Todos os locais de a UBS são claros e com bastante luminosidade natural, dispõem de janelas possibilitando a circulação de ar e a ventilação adequada que é imprescindível para manter a salubridades nas ambiente de nossa unidades, apenas o local para depósito do material de limpeza não tem janelas disponíveis. As paredes são laváveis e os pisos são lisos que devem ser regular, firme, estável e antiderrapante pra que não provoque trepidação em dispositivos com rodas. A estrutura de nossa unidade é em planta baixa, não necessitando de rampas de acesso que permitam o passo de pessoas deficientes e com limitações, mas não tem cadeiras de rodas a disposição de usuários. Atendendo quase todas as recomendações do Manual de estrutura física das Unidades Básicas de Saúde. (BRASIL, 2008)

Os profissionais da UBS participam do processo de mapeamento da área de atuação da equipe tem uma população de 3.219, são desenvolvidas as seguintes atribuições pelos profissionais no processo de territorialização e mapeamento da área: identificação de grupos expostos a riscos, identificação de indivíduos expostos a riscos, identificação de famílias expostas a risco, sinalização dos equipamentos sociais, sinalização das redes sociais (grupo de mães, grupos de idosos, associação de moradores, conselho local, etc.), identificação de grupos de agravos (Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Tuberculose, Hanseníase, etc.).

Os cuidados em saúde também são realizados á população da área de abrangência, pelos profissionais, no domicílio, nas escolas e na associação de bairro comunidade. Realizamos atendimentos de urgência e emergência e a busca de usuários faltoso ás ações programáticas, por todos os profissionais da UBS.

Em nossa UBS os usuários são encaminhados pelos profissionais a outros níveis do sistema respeitando fluxos de referencia e contra referencia e são utilizados os protocolos para realizar os encaminhamentos nas especialidades, internação hospitalar, atendimento em serviços de pronto atendimento e em pronto socorro. Fazemos acompanhamento do plano terapêutico proposto para os usuários, se acompanha o usuário em situação de internação hospitalar e domiciliar.

As notificações compulsórias de doenças e agravos notificáveis são realizadas na maioria das vezes pelo médico e enfermeiro, mas todos os profissionais são envolvidos na busca ativa de doenças e agravos. Realizamos atividades de grupo aonde se vêm envolvidos quase todos profissionais, As estratégias coletivas usadas são conversas, palestras, teatros, grupo de reflexão, usamos para promoção de atividades física como: caminhadas, atividades lúdicas e esportivas pela parte a demanda do Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde, Profissional da UBS e da escola.

Nestas atividades são dirigidas fundamentalmente a diferentes grupos específicos, adolescentes, hipertensos, diabéticos, idosos, planejamento familiar, prevenção do câncer ginecológico, puericultura, saúde da mulher e são desenvolvida no âmbito domiciliar, nas escolas, na associação de bairro /comunitária. Nestas atividades se logra uma boa interação dos participantes do grupo o que faz que as informações e as atividades de prevenção e promoção de saúde tenham um efeito positivo. Outros temas que são desenvolvidos são alimentação saudável, cuidados com os filhos, desenvolvimento infantil, estilo de vida saudável, DST/AIDS.

Todos os profissionais participam do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS, todos podemos ajudar nesta tarefa desde nosso trabalho fazendo que os materiais e insumos sejam mais duradouros e com isso um melhor trabalho da equipe e bom atendimento dos usuários. Nossa equipe se reúne todos os meses para discutir sobre o processo de trabalho, as dificuldades e propostas para superar os obstáculos vivenciados.

USB São José dos Ausentes, tem uma população cadastrada de 3.219 pessoas na área de abrangência, para atuação de uma equipe de Saúde da Família. Estando de acordo ao preconizado na Portaria de Atenção Básica.

Tabela 1: Distribuição da população comunidade São José dos Ausentes, estimativa brasileira da população comunidade São José dos Ausentes, por faixa, em 2014.

| | | |
|---------------------------------------|-----|-----|
| Mulheres em idade fértil (10-49 anos) | 997 | 854 |
| Mulheres entre 25 e 64 anos | 887 | 754 |
| Mulheres entre 50 e 69 anos | 333 | 251 |
| Menores de 1 ano | 39 | 39 |

| | | |
|-----------------------------|------|------|
| Menores de 5 anos | 78 | 65 |
| Pessoas de 5 a 14 anos | 477 | 358 |
| Pessoas de 15 a 59 anos | 2108 | 1994 |
| Pessoas com 60 anos ou mais | 439 | 374 |
| Pessoas entre 20 e 59 anos | 1844 | 1745 |
| Pessoas com 20 anos ou mais | 2283 | 2103 |

Fonte: Dados coletados pelos agentes comunitários de saúde

Observam-se discretas diferenças nos dados coletados pelos agentes comunitários de saúde e as estimativas da distribuição da população brasileira.

Na minha UBS o acolhimento de forma geral é realizado na recepção e é feito pelo enfermeiro e o técnico de enfermagem a maioria das vezes, mas tenho que destacar que todos os profissionais ajudam na escuta dos usuários já que muitas vezes eles não procuram consultas médicas e sim fazer vacinas, pegar remédios ou marcar para a realização de exames.

A modelagem de acolhimento utilizada na UBS é o acolhimento pela equipe de referência do usuário tendo em conta que só tem uma equipe de trabalho, mas acho que tem muita mistura dos modelos e são realizados de segunda até sexta no turno da manhã e à tarde de noite se presta serviço sobreaviso ficando um motorista e um enfermeiro de plantão, caso necessite locomover, de urgência, usuários para o município mais próximo.

Todos os usuários que procuram a UBS, são escutados entre cinco até dez minutos atendendo, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade. Os usuários solicitam consultas para o enfermeiro, médico, dentista quando estão com problemas de saúde agudos, que precisam ser atendidos no dia. O atendimento é feito pelo profissional, assim como os que precisam de atendimento imediato/prioritário, são realizados no momento, evitando o agravamento do usuário e avaliando se precisa de encaminhamento para exames complementares ou avaliação em consultas especializadas. Não temos excesso de demanda.

O atendimento médico atualmente é realizado por dois médicos. É possível realizar novamente as consultas agendadas para o fortalecimento da prevenção e

promoção de saúde e não impossibilita a atenção dos problemas agudos, ou seja, as consultas não agendadas. Os dois médicos atendem a população tanto por consultas agendadas, quanto a demanda espontânea.

Os atendimentos de saúde da criança são feitos em nossa área de abrangência e acontecem duas vezes por semana. Participa dessa ação a maioria dos integrantes da equipe, também participa uma médica pediatra que temos contratada pela prefeitura. Além disso, contamos com o apoio dos profissionais do NASF alcançando um atendimento integral às crianças assistidas. Existem na UBS os protocolos de atendimento à saúde da criança, disponibilizados pelo Ministério da Saúde, além das cadernetas da criança e outros protocolos de avaliação e classificação de risco para o desenvolvimento programático das nossas ações. Também contamos com protocolos municipais para regular o acesso deste grupo a outras instituições de saúde.

Os atendimentos das crianças da puericultura são registrados em prontuários clínicos, formulário especial da puericultura, ficha de atendimento odontológico e de atendimento nutricional e ficha espelho das vacinas além existe arquivo específico para os registros do atendimento da puericultura costuma ser revisado mensalmente e com a finalidade de verificar crianças faltosas, completude de registros, identificar procedimento em atraso (peso ou vacinas), identificar crianças de risco e avaliar a qualidade do programa, esta revisão é realizada pela enfermeira e médico.

A equipe participa do cadastramento das crianças no programa Bolsa de Família. Realizam-se atividades com grupos de mães das crianças da puericultura no âmbito da UBS e nas escolas. Contamos com três grupos de puericultura onde participam 100% das crianças cadastradas, e são realizados pelo enfermeiro, médico de família, nutricionista, técnico de enfermagem e de consultório dentário e agente comunitário de saúde. O atendimento odontológico é realizado em todas as crianças, na faixa etária priorizada, e ações de promoção de saúde bucal nas escolas.

Segundo estimativas do Caderno de Ações Programáticas (CAP) há 39 crianças menores de 1 ano residentes na área de abrangência com os registros existentes na UBS. A equipe está realizando o acompanhamento de 39 crianças menores de um ano, sendo um percentual de 100 %. Quanto aos indicadores de qualidade, se comportaram da seguinte forma: consultas em dia de acordo com o

protocolo do Ministério da Saúde 39 (100%), atraso da consulta agendada em mais de sete dias 0, teste do pezinho até sete dias 39 (100%), primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida 39 (100%), triagem auditiva 39 (100%), monitoramento do crescimento na última consulta 39 (100%), monitoramento do desenvolvimento na última consulta 39 (100%), vacinas em dia avaliação de saúde bucal 39 (100%), orientação para aleitamento materno exclusivo 39 (100%), orientação para prevenção de acidentes 39 (100%).

O atendimento ao pré-natal e puerpério representa outra atividade desenvolvida pela equipe de saúde. Fazemos os atendimentos uma vez por semana, num turno, com a participação da maioria dos integrantes da equipe. Os atendimentos das gestantes são registrados em prontuários clínicos, formulário especial do pré-natal, ficha de atendimento odontológico e de atendimento nutricional e ficha espelho das vacinas além existe arquivo específico para os registros dos atendimento às gestantes costuma ser revisado mensalmente, com a finalidade de verificar gestantes faltosas, monitoramento dos registros, identificar gestantes em data provável de parto, pré-natal de risco e avaliar a qualidade do programa, esta revisão é realizada por enfermeiro e pelo médico.

Após atendimento de pré-natal, os profissionais solicitam a caderneta de acompanhamento da gestante e preenchem as informações atuais, conversam com a gestante sobre alimentação saudável, explicam o significado do posicionamento do peso na curva de ganho de peso, orientam quanto ao esquema vacinal, recomendam que a gestante realize avaliação de saúde bucal na gravidez, conversam com a gestante sobre as práticas de promoção de aleitamento materno, sobre os cuidados com o recém-nascido, sobre a promoção da atividade física, sobre os riscos do tabagismo, do álcool e das drogas na gravidez, sobre a anticoncepção no pós-parto além se fala sobre importância de que realize revisão puerperal até os 7 dias de pós-parto e revisão puerperal entre 30-42 dias pós-parto. As gestantes são cadastradas pelo programa SISPRENATAL do Ministério da Saúde e os responsáveis do cadastramento, são enfermeiro e médico.

Nossa equipe de saúde realiza atividades com grupos de gestantes em no âmbito da UBS e nas escolas, nós temos três grupos de gestantes onde participa o 100 % das gestantes atendidas e são realizados pelo enfermeiro, médico, nutricionista, técnico de enfermagem e de consultório dentário a psicóloga. Também se fazem os grupos com as gestantes que moram no interior do município como

parte do melhoramento à atenção das gestantes e melhorar a qualidade da atenção ao pré-natal em nossa UBS.

Contamos com serviço de odontologia e dos especialistas do NASF para que, assim, possamos chegar a uma avaliação integral e de qualidade às gestantes.

Segundo CAP, estima-se 48 gestantes na área de abrangência. Atualmente realizamos o acompanhamento de 33 gestantes, alcançando um percentual de 68%. Os indicadores de qualidade se comportaram da seguinte forma: pré-natal iniciado no 1º Trimestre 33 (100%), consultas em dia de acordo com calendário do Ministério da Saúde 33 (100%), Solicitação na 1ª consulta dos exames laboratoriais preconizados 33 (100%), Vacina antitetânica conforme protocolo 33 (100%), Vacina contra hepatite B conforme protocolo 33 (100%), Prescrição de suplementação de sulfato ferroso conforme protocolo 33 (100%), Exame ginecológico por trimestre 33 (100%), Avaliação de saúde bucal, Orientação para aleitamento exclusivo 33 (100%).

No puerpério temos uma estimativa de 39 mulheres, e o número de mulheres que fizeram consulta de puerpério nos últimos 12 meses em nossa UBS foram 35 para um 90 %. Os indicadores de qualidade se comportaram assim: Consultaram antes dos 42 dias de pós-parto 35 (100%), tiveram consulta puerperal registrada 35 (100%), receberam orientações sobre os cuidados básicos do recém-nascido 35 (100%), receberam orientações sobre aleitamento materno exclusivo 35 (100%), receberam orientação sobre planejamento familiar 35 (100%), tiveram as mamas examinadas 35 (100%), tiveram o abdome examinado 35 (100%), realizaram exame ginecológico 35 (100%), tiveram seu estado psíquico avaliado 35 (100%), foram avaliadas quanto a intercorrências 35 (100%).

No município dispomos de ginecologistas contratados pela prefeitura que atende uma vez por mês. As gestantes possuem vinculação à maternidade de referência. Nas consultas de rotina do pré-natal realizamos atividades educativas e esclarecemos as dúvidas das gestantes, assim como são orientadas acerca da alimentação saudável, da importância das vacinas, do aleitamento materno e da atividade física.

No cotidiano da UBS temos aspectos que precisam ser melhorados em relação ao pré-natal, tais como a identificação das mulheres de risco gestacional e o acompanhamento destas, além da busca ativa das gestantes não cadastradas e adesão aos grupos de gestantes. As grávidas também são acompanhadas pela

Equipe de Saúde Bucal (ESB) tendo disponibilidade e preferência no atendimento odontológico.

Observamos em nossa prática diária que a atenção ao pré-natal tem tido resultados favoráveis e acredito que, com o desenvolvimento do curso, teremos mais facilidade na identificação dos diferentes aspectos a melhorar. Assim, poderemos chegar ao privilégio de desempenhar um ótimo trabalho na população brasileira e na obtenção de indicadores de qualidade na saúde materno infantil.

Na minha UBS a equipe também realiza atividades de prevenção de Câncer de Colo de Útero e Câncer de Mama com a participação da maioria dos profissionais. São realizados exames citopatológicos em dois turnos semanais, exame das mamas nas consultas, indicação de mamografias de rastreamento e ultrassonografia das mamas. Se fazem ações que orientem sobre os maléficos do consumo excessivo de álcool, também são realizadas ações de educação da mulher para reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama e de rastreamento do Câncer de mama (exame clínico de mamas e/ ou solicitação de mamografia ,se realiza todos os dias da semana e em todos os turnos e se realizam a mulheres pertencentes ao área de abrangência e realizado pelo enfermeiro e o médico, também os outros profissionais integrante de nosso equipe aproveitam seu contato com as mulheres para verificar a necessidade de realizar as ações de rastreamento do câncer de mama.

O tipo de rastreamento do câncer de mama utilizado é oportuníssimo já que realizamos nas mulheres que procuram a Unidades de Saúde. Dispomos na UBS do protocolo do câncer de mama produzidos pelo Ministério da Saúde e Instituto Nacional do Câncer do ano 2012.

Em todas as mulheres que se realizam as ações de rastreamento do câncer de mama os profissionais investigam os fatores de risco de câncer e em os últimos três anos foram identificados com mamografia alterado 11 mulheres e de esta nenhuma tiveram perda de seguimento. Orientamos todas as mulheres da área de cobertura quanto ao uso de preservativo em todas as relações sexuais. Sendo disponibilizado na área da recepção e na farmácia preservativos para o usuário que procurem e materiais em murais para facilitar a leitura dos mesmos promovendo o uso da camisinha e sua importância.

Em nossa UBS não existe arquivo específico para o registro dos resultados das mamografias, são registrados em o prontuário clínico e livro de registro geral. Também são realizado planejamento, gestão, coordenação e avaliação do programa pelo médico e enfermeiro, durante as reuniões uma vez ao mês e são utilizadas as fontes SIAB, registro específicos do programa e prontuários.

Segundo o CAP a estimativa de mulheres entre 25 e 64 anos residentes na área de abrangência é de 887 usuárias. O total de mulheres entre 25 e 64 residentes na área e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de colo de útero são 801 (90%). Os indicadores de qualidade se comportaram da seguinte forma: exame citopatológico para câncer de colo de útero em dia 750 (94%), exame citopatológico para câncer de colo de útero com mais de 6 meses de atraso 51 (6,3 %), exame citopatológico para câncer de colo de útero alterado 11 (1,3 %), avaliação de risco para câncer de colo de útero 721 (90%), orientação sobre prevenção de CA de colo de útero 801 (100%), orientação sobre DST's 801 (100%). Exames coletados com amostras satisfatórias 750 (94%), exames coletados com células representativas da junção escamocolumnar 750 (94%).

A estimativa do CAP para mulheres entre 50 e 69 anos é de 333 usuárias. O total de mulheres entre 50 e 69 residentes na área e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de mama são 325 (98%). Quanto aos indicadores de qualidade apresentamos: mamografia em dia 154 (47%), mamografia com mais de 3 meses em atraso 171 (53%), avaliação de risco para câncer de mama 154 (47%), orientação sobre prevenção do câncer de mama 325 (100%), Ainda assim, necessitamos intensificar as ações de divulgação da importância da detecção precoce destas patologias.

Em nosso município, na ação do "Outubro Rosa", realizamos muitas atividades educativas e examinamos as mulheres de nossa comunidade. Além disto, é muito importante continuar diariamente intensificando as ações voltadas ao diagnóstico precoce e prevenção destas doenças.

Em nossa UBS se realiza atendimento de adultos portadores de HAS, esse atendimento realiza-se todos os dias da semana em todos os turnos para residentes de nossa área de cobertura e é realizada pelo enfermeiro, médico, nutricionista , odontólogo , técnico /auxiliar de enfermagem e técnico / auxiliar de consultório dentário.

O adulto com HAS sai da UBS com a próxima consulta agendada, também existe demanda para atendimento por problemas de saúde agudos relacionados a HAS, tanto de nossa área como fora. Existindo excesso de demanda, é atendido mesmo tendo excedido a capacidade. Também são agendados atendimentos para outra data. É utilizado o protocolo de atendimento para usuários portadores de HAS do Ministério da Saúde publicado no ano 2012.

Os atendimentos são registrados em prontuário clínico, formulário especial, ficha de atendimento odontológico e de atendimento nutricional e em ficha espelho de vacina. Os registros específicos costumam ser revisados mensalmente para verificar usuários faltosos ao retorno programado, identificar procedimentos em atraso, adultos com HAS de risco e avaliar a qualidade do programa. Esta revisão é realizada pelo enfermeiro e médico de família e os demais profissionais integrantes de nossa equipe, se realizam atividades com um grupo de adultos com HAS e no âmbito da UBS e participam o 100 % dos adultos atendidos com HAS.

Segundo o CAP a estimativa de hipertensos com 20 anos ou mais na área de abrangência é de 719, temos um total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS de 952 para um 92 %. Quanto aos indicadores de qualidade, obtivemos os seguintes resultados: realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico 652 (100%); atraso da consulta agendada em mais de 7 dias 12 (1,8 %), exames complementares periódicos em dia 601 (92%), orientação sobre prática de atividade física regular 652 (100%), orientação nutricional para alimentação saudável 652 (100%), avaliação de saúde bucal em dia 607 (93%).

Em nossa UBS se realiza atendimento de adultos portadores de DM, esse atendimento realiza-se todos os dias da semana em todos os turnos para residentes de nossa área de cobertura. É realizada pelo enfermeiro, médico, nutricionista, odontólogo, técnico /auxiliar de enfermagem e técnico / auxiliar de consultório dentário, o adulto com DM sai da UBS com a próxima consulta agendada, também existe demanda de adultos para atendimento pra problemas de saúde agudos devido a DM tanto da área como comunidades vizinhas. Existindo excesso de demanda, são atendidos no mesmo dia tendo excedido a sua capacidade, são agendados para outra data.

Dispomos do protocolo de atendimento para usuários portadores de DM do Ministério da Saúde publicado em o ano 2012 e os protocolos utilizados no encaminhamento para atendimento nas especialidades, para internação hospitalar, para serviços de pronto atendimento e para atendimento em pronto socorro.

Os atendimentos são registrados em prontuário clínico, formulário especial, ficha de atendimento odontológico e de atendimento nutricional e em ficha espelho de vacinas, o registro específico costuma ser revisado com frequência mensal para verificar usuários faltosos ao retorno programado, verificar dos registros, identificar procedimentos em atraso, adultos com DM de maior risco e avaliar a qualidade do programa. Esta revisão é realizada pelo enfermeiro e médico de família, também é realizado pelo os demais profissionais integrantes de nossa equipe.

Quanto ao grupo de adultos com DM, é realizado no âmbito da UBS e participam o 100 % dos adultos atendidos com DM. Também são realizados pela equipe planejamento, gestão, coordenação e avaliação do programa e se realizam as reuniões uma vez ao mês e são utilizadas as fontes SIAB, HIPERDIA, registro específicos do programa e prontuários. Os usuários Hipertensos e Diabéticos também tem um atendimento Odontológico priorizado em nossa UBS tem atendimento para eles nas segundas, quartas e sextas com um total de 10 vagas por dia.

Segundo o CAP a estimativa de diabéticos com 20 anos ou mais na área de abrangência é de 205. Na UBS temos um total de pessoas portadoras de diabetes com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS de 198 para um 97 %. Os indicadores de qualidade se comportaram da seguinte forma: com realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico 198 (100%), com atraso da consulta agendada em mais de 7 dias 13 (6,5%), com exames complementares periódicos em dia 187 (94%), com exame físico dos pés nos últimos 3 meses 198 (100%), com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos 3 meses 198 (100%), com medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses 198 (100%), com orientação sobre prática de atividade física regular 198 (100%), com orientação nutricional para alimentação saudável 198 (100%), com avaliação de saúde bucal em dia 186 (100%).

Em nossa UBS no grupo de Hipertensos e Diabéticos, participam 100% dos usuários com HAS e DM e também participam às vezes os familiares que se interessam por nestes importantes temas para o cuidado e prevenção da doença.

Os atendimentos as pessoas idosas são realizados todos os dias da semana e em todos os turnos e temos um 5 % do total dos idosos que são residentes fora na área de abrangência. Participam do atendimento aos idosos enfermeiros, médicos, odontólogo, técnico de odontologia e enfermagem, fisioterapeuta, psicólogo, nutricionista majoritariamente. Após a consulta o idoso sai com a consulta agendada.

Além das consultas agendadas temos oferta e demanda de idosos para atendimentos de problemas agudos e são atendidos sem importar se é ou não da nossa área de abrangência como falei anteriormente. Não temos excesso de demanda dos atendimentos de problemas agudos de saúde.

Dispomos do protocolo de atendimento do ministério de saúde do ano 2012 e própria da UBS e o mesmo é utilizado por todos os profissionais que fazem os atendimentos e são desenvolvidas diferentes atividades no cuidado aos idosos como são: Imunizações, promoção da atividade física, promoção de hábitos alimentares saudáveis, promoção da saúde bucal, promoção da saúde mental, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde mental, diagnóstico e tratamento do alcoolismo, diagnóstico e tratamento da obesidade, diagnóstico e tratamento do sedentarismo, diagnóstico e tratamento do tabagismo.

Todavia, inexistem registros específicos destas linhas programáticas na nossa UBS, impossibilitando o acompanhamento do programa. Também não são desenvolvidas ações sistematizadas direcionadas a este público. Os profissionais de saúde avaliam a capacidade funcional global do idoso por ocasião do exame clínico assim como explicam ao idoso ou seus familiares como reconhecer sinais de risco relacionado aos problemas de saúde de maior prevalência como Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus e Depressão. Os idosos tem um atendimento Odontológico priorizado todos os dias da semana em qualquer turno em nossa UBS.

Segundo as estimativas do CAP há 489 pessoas com 60 anos ou mais na área de abrangência. Atualmente a equipe está conseguindo assistir 374 usuários com 60 anos ou mais, tendo uma cobertura, segundo o CAP, de 85%. Quanto aos indicadores de qualidade, obtivemos os seguintes resultados: caderneta de Saúde da Pessoa Idosa 227 (61%), realização de Avaliação Multidimensional Rápida 227 (61%), acompanhamento em dia 227 (61%), Idosos avaliados quanto a hipertensão

arterial sistêmica 49 (13%) e Diabetes mellitus 32 (9%), Avaliação de risco para morbimortalidade 227 (61%). Investigação de indicadores de fragilização na velhice 227 (61%). Orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis 227 (61%). Orientação para atividade física regular 227 (61%). Avaliação de saúde bucal em dia 205 (55%).

Na tentativa de proporcionar uma melhor qualidade de assistência à saúde a pessoa idosa, necessitamos intensificar os acompanhamentos destes usuários para avaliar a fragilização, fazer um arquivo específico dos atendimentos nas consultas, para ter um bom sistema de dados destes usuários e desta forma avaliar faltosos, monitorar os registros do programa, avaliar idosos em situação de risco, qualidade do atendimento e procedimentos em atrasos.

Acredito que com a implementação do E-SUS, facilitará obter todos os dados dos idosos nos prontuários e na plataforma, para o fácil acesso dos profissionais. Continuar trabalhando nas atividades de grupo com todos os profissionais da UBS para reforçar a assistência as consultas agendadas e o preenchimento das cadernetas assim como a avaliação geral desta faixa etária. Criar um listado de assistência destes usuários as atividades de grupo para ter controle dos usuários que assistem e seguem os temas e atividades a realizar. Continuar fazendo os atendimentos domiciliares a usuários que precisem. Todos trabalhando juntos poderemos desenvolver muitas ações para melhorar o atendimento a saúde deste grupo de pessoas que precisam de um atendimento qualificado.

O atendimento Odontológico em nossa UBS é realizado diariamente. Sobre as ações de atenção em saúde bucal pelo CAP, vimos que obtivemos dados para avaliarmos que a média de procedimentos clínico por habitante / mês na UBS é superior ao preconizado como mínimo esperado (0,5) esta se aproximando ao parâmetro máximo recomendado pelo MS de 1,6% onde a Média é de 0,5 procedimentos clínico por habitante / mês na sua UBS. Este indicador tende a melhorar com a complementação da equipe de Saúde Bucal.

A realização de pelo menos um procedimento por consulta reduz custos e o número de consultas necessárias para concluir os tratamentos. Temos uma demanda considerável de pessoas com atendimento não programado. No que tange à primeira consulta odontológica programática nos grupos populacionais prioritários, sem dúvidas é melhor que ocorram mais atendimentos programados do que de atendimentos não programados.

Neste aspecto, precisamos traçar estratégias de agendamento de forma que o usuário tenha a sua consulta previamente agendada e possam concluir os tratamentos estipulados pelo diagnóstico traçado pelo profissional.

Os melhores recursos da UBS onde atuo certamente é a boa vontade de toda equipe. Estão sempre dispostos ao trabalho e abertos às mudanças, buscando a melhoria das condições de saúde da população. Muitas questões relatadas anteriormente mudaram desde o começo do curso até hoje, principalmente com o preenchimento dos questionários pela equipe. Os maiores desafios são as mudanças de estilo de vida da população.

Dispomos de uma boa estrutura para realizar os atendimentos com qualidade e privacidade requerida. Além disso, temos uma equipe básica com todos os seus integrantes o que favorece nosso trabalho.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

No início do curso de especialização realizei uma avaliação de como era a situação da ESF no meu serviço. Foi possível identificar de forma geral vários aspectos nos quais a equipe toda teria que trabalhar para melhorar o atendimento a saúde da comunidade de São José dos Ausentes. Realizando a análise situacional direcionada pelo curso, proporcionou a equipe identificar as deficiências e potencialidades. Produzindo um texto mais completo e minucioso, transcorrendo sobre o trabalho desempenhado pela equipe no cotidiano.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A longevidade é, sem dúvida, um triunfo, o prolongamento da vida, associado a uma importante baixa da fecundidade, tem conduzido ao envelhecimento da população. As alterações demográficas do último século, que se traduziram na modificação e por vezes inversão das pirâmides etárias, refletindo no envelhecimento da população, vieram colocar aos governos, às famílias e à sociedade em geral, desafios para os quais não estavam preparados. Envelhecer com saúde, autonomia e independência, o mais tempo possível, constitui hoje, um desafio à responsabilidade individual e coletiva. Para o ano de 2050, a expectativa no Brasil, bem como em todo o mundo, é de que existirão mais idosos que crianças abaixo de 15 anos, fenômeno esse nunca antes observado. No Brasil, estima-se que existam, atualmente, cerca de 17,6 milhões de idosos. É nesse contexto que a denominada avaliação funcional torna-se essencial para o estabelecimento de um diagnóstico, um prognóstico e um julgamento clínico adequados, que servirão de base para as decisões sobre os tratamentos e cuidados necessários às pessoas idosas. (BRASIL, 2013)

Unidade Básica de Saúde (UBS) São Jose dos Ausentes, está situada no município São Jose Dos Ausentes na região nos Campos da Cima da Serra do Rio Grande do Sul. Tem uma população de 3219 habitantes a principal atividade econômica é a agricultura, a coleta de maçã e batata. Conta com uma boa estrutura para prestar atendimento a população da área de abrangência. A equipe de saúde é composta por: dois médicos, uma fisioterapeuta, nutricionista, quatro motoristas, três enfermeiras, quatro técnicas de enfermagem, cinco Agentes Comunitários de Saúde, dois odontólogos, auxiliar de odontologia, psicóloga, dois funcionários de limpeza, um funcionário da vigilância epidemiológica.

A população de Idosos residentes na área de abrangência da UBS é de 374 pessoas o que representa um 11,6 % da população total. Toda esta população esta aderida a nosso atendimento. O atendimento a este grupo etário é realizado todos os dias, onde participam a maioria dos integrantes da equipe: enfermeiros e técnicos de enfermagem, médico clínico geral, psicólogo e outros membros seguem as atividades e necessidades, conforme protocolo do Ministério da Saúde. Segundo as estimativas do CAP há 489 pessoas com 60 anos ou mais na área de abrangência. Atualmente está cadastrada na UBS 374 (85%) das pessoas idosas da área.

Destas, possuem a caderneta de Saúde da Pessoa Idosa 227 (61%), Quanto aos indicadores de qualidade, obtivemos os seguintes resultados: caderneta de Saúde da Pessoa Idosa 227 (61%); foi realizado a Avaliação Multidimensional Rápida 227 (61%); estão com acompanhamento em dia 227 (61%); Idosos avaliados quanto a hipertensão arterial sistêmica 49 (13%) e Diabetes mellitus 32 (9%); foram avaliados quanto ao risco para morbimortalidade 227 (61%), e investigado a fragilização na velhice 227 (61%); receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis 227 (61%), orientação para atividade física regular 227 (61%). Avaliação de saúde bucal em dia 205 (55%).

Todavia, inexistem dados sobre esta linha programática na nossa UBS, impossibilitando o acompanhamento do programa Também não são desenvolvidas ações sistematizadas direcionadas a este público.

Toda equipe encontra-se envolvida desde a escolha da ação programática, trabalhando em conjunto para realização da intervenção. As principais dificuldades/limitações existentes em minha UBS com respeito ao projeto será a locomoção da equipe para a realização das visitas domiciliares, pois o município tem uma grande área de extensão territorial. Outra dificuldade será a adesão dos usuários que moram em localidades distantes da sede municipal e também. Apesar dessas possíveis dificuldades, há vários aspectos que viabilizarão a implementação desta intervenção, como o apoio do município, que tem uma visão mais centrada na prevenção das doenças e promoção da saúde. Acredita-se que a intervenção terá uma boa aceitação da população, pois algumas ações que já estão sendo desenvolvidas com êxito.

Desta forma, o desenvolvimento deste projeto é fundamental para a melhoria da qualidade da atenção básica em saúde da comunidade, estimulando a mudança

de hábitos e estilos de vida mais saudáveis, vinculando os idosos e familiares a UBS e contribuindo na incorporação social deste grupo etário, garantindo-lhes acompanhamento e tratamento sistemático pela equipe de saúde e, assim efetivar os princípios do SUS da equidade, integralidade e da universalidade.

2.2 Objetivos e metas

2.1 Objetivo geral

Melhorar a Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na UBS/ESF São José dos Ausentes, São José dos Ausentes/RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1: Ampliar a cobertura de saúde do idoso da UBS São José dos Ausentes.

Meta 1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde da pessoa idosa da área da unidade de saúde para 100%.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade de atenção ao idoso na UBS São José dos Ausentes.

Meta 2.1: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.

Meta 2.3: Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.4: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100 % dos idosos.

Meta 2.5: Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

Meta 2.6: Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Meta 2.7: Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Meta 2.8: Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM).

Meta 2.9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Meta 2.10: Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Objetivo 3: Melhorar a adesão da atenção ao idoso na UBS São José dos Ausentes.

Meta 3: Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Objetivo 4: Melhorar o Registro das informações do programa de atenção ao idoso na UBS São José dos Ausentes.

Meta 4.1: Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Meta 4.2: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados

Objetivo 5: Mapear os idosos de risco da área de abrangência da UBS São José dos Ausentes.

Meta 5.1: Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Meta 5.2: Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Meta 5.3: Avaliar a rede social de 100% dos idosos

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos na UBS São José dos Ausentes.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Meta 6.2: Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

Meta 6.3: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

2.3 Metodologia

Este projeto de intervenção que visa implementar o programa de saúde do idoso na UBS, está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) São José dos Ausentes, no Município de São José dos Ausentes/RS. Participarão da intervenção 374 pessoas com 60 anos ou mais residentes na área de abrangência.

As ações desenvolvidas na intervenção estão de acordo com o Protocolo do Caderno da Atenção Básica nº 19 (Envelhecimento e Saúde da Família). Para o pleno desenvolvimento e alcance das metas e objetivos da intervenção, algumas ações serão desenvolvidas e estão detalhadas a seguir:

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1 Ampliar a cobertura de saúde do idoso da UBS São José dos Ausentes.

Meta 1 : Ampliar a cobertura de atenção à saúde da pessoa idosa da área da unidade de saúde para 100%.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde semanal.

Detalhamento: Habilitamos uma pasta com a relação dos idosos da área de abrangência com acompanhamento na unidade.

Organização e gestão do serviço

Ação: Acolher os idosos

Detalhamento: Porta aberta do serviço aos idosos, todos os idosos que procurarem o serviço serão atendidos com prioridade.

Ação: Cadastrar todos os idosos da área de abrangência da UBS

Detalhamento: Os idosos serão cadastrados pelos ACS durante as visitas domiciliares e os que procurarem a UBS serão registrados pela recepcionista que informará ao ACS para realizar a consulta para cadastrar o idoso no programa.

Ação: Atualizar informações do SIAB

Detalhamento: Agendar consulta e visitas domiciliares diárias para os idosos de nossa área de abrangência pelo ACS, onde se atualizará todas as informações no SIAB. Estas ações serão monitoradas pela enfermeira da equipe.

Engajamento público

Ação: Esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde.

Ação: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde.

Detalhamento: Realiza-se mediante conversas nas consultas, nas visitas domiciliares de todos os integrantes da equipe. A equipe divulgará e pedirá apoio no conselho local de saúde, escolas, igrejas.

Qualificação da prática clínica

Ações:

Capacitar a equipe no acolhimento aos idosos;

Capacitar os ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço;

Capacitação da equipe da unidade de saúde para a Política Nacional de Humanização.

Detalhamento: Serão realizadas nos horários reservados para reuniões da equipe semanalmente, com a participação de todos os membros da equipe. O médico e enfermeira da unidade serão os facilitadores.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade de atenção ao idoso na UBS São José dos Ausentes.

Meta 2.1 : Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de Avaliação Multidimensional Rápida em todos idosos acompanhados pela unidade de saúde.

Detalhamento: O médico e a enfermeira irão monitorar quais idosos estão com a avaliação em dia e quais estão faltando realizar. Será informado durante a reunião de equipe para realização da busca destes idosos.

Organização e gestão do trabalho

Ação: Garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos (balança, antropômetro, Tabela de Snellen).

Detalhamento: Os recursos estão garantidos pela Secretaria de Saúde. O responsável pela solicitação serão o médico e a enfermeira.

Ação: Definir as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos.

Detalhamento: Serão definidas as atribuições, durante reunião de equipe, mediante orientações do protocolo.

Engajamento público

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável.

Detalhamento: Realiza-se mediante conversas nas consultas, nas visitas domiciliares de todos os integrantes da equipe. A equipe divulgará e pedirá apoio no conselho local de saúde, escolas, igrejas.

Ação: Compartilhar com os usuários as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social.

Detalhamento: Será esclarecido antes do início da consulta, aos idosos e seus cuidadores, pelo profissional que irá prestar a assistência (médico, enfermeiro, dentista, nutricionista, educador físico entre outros)

Monitorar a realização das visitas domiciliares dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Detalhamento: As visitas serão realizadas pelo médico e o enfermeiro duas vezes por semana junto com os agentes comunitários que também farão as visitas o resto dos dias da semana para atingir a meta proposta.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: Esta ação será conduzida por todos os profissionais das equipes, especificamente os médicos realizando o correto exame clínico dos usuários idosos durante a consulta.

Organização e gestão do trabalho

Ações:

Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos;

Organizar a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares;

Garantir a referência e contra referência de usuários com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades.

Detalhamento: Estas ações serão conduzidas por todos os profissionais das equipes, especificamente o médico a enfermeira, e será analisada semanalmente na reunião da equipe.

Engajamento público

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento: Esta ação será conduzida por todos os profissionais das equipes, especificamente os médicos orientando aos usuários idosos sobre a prevenção de doenças neurológicas e cardiovasculares.

Qualificação da prática clínica

Ações:

Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado;

Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas;

Detalhamento: Estas duas ações serão realizadas nos horários reservados para reunião da equipe.

Meta 2.3: Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: Os exames serão solicitados durante atendimento clínico na UBS ou atendimentos realizados durante visitas domiciliares aos idosos acamados, nos idosos identificados também como portadores de diabetes e hipertensão.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: Esta ação será conduzida por todos os profissionais das equipes, especificamente o médico a enfermeira, e serão analisadas semanalmente na reunião da equipe.

Organização e gestão do trabalho

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares

Detalhamento: Em cada consulta serão solicitados exames complementares aos idosos, conforme protocolo.

Ação: Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Detalhamento: Esta ação se realizara com a conversa com o secretário de saúde do município e a direção da UBS para garantir agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Ação: Estabelecer sistemas de alerta para a não realização dos exames complementares preconizados.

Detalhamento: Esta será resolvida quando os usuários que forem indicados os exames complementares não o trazem os mesmos para a próxima consulta.

Engajamento público

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: Serão realizadas as orientações a toda a população especialmente aos idosos nas visitas domiciliares.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: A equipe será capacitada nos horários reservados para reunião.

Meta 2.4: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos.

Detalhamento: Será cumprida durante o atendimento clínico, onde, caso necessite, o idoso terá a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular nas consultas e visitas domiciliares.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular / Hiperdã.

Detalhamento: Esta ação será conduzida por todos os profissionais das equipes, especificamente o médico a enfermeira, e serão analisadas semanalmente na reunião da equipe.

Organização e gestão do trabalho

Ação: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Detalhamento: Realizara-se visita na farmácia pelo médico para a fiscalização do estoque de medicamentos.

Engajamento público

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdã e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento: Os usuários serão orientados durante as visitas, atendimento clínico, nos encontros dos grupos e na sala de espera.

Qualificação da prática clínica

Ação:

Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou diabetes;

Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdã.

Detalhamento: Estas ações serão desenvolvidas pela enfermeira e médico da equipe para orientar a todos os profissionais e usuários em geral sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdã mesmo assim acesso a eles.

Meta 2.5: Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. Será feita do mesmo modo anterior, nas consultas, visitas domiciliares e com o trabalho diário dos ACS nas comunidades.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

Detalhamento: Esta ação será conduzida por todos os profissionais das equipes, especificamente o médico e a enfermeira, e serão analisadas semanalmente na reunião da equipe.

Organização e gestão do trabalho

Ação: Garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa.

Detalhamento: Os idosos acamados/domiciliados, serão identificados pela equipe, terão seu registro específico sinalizado. Será preenchida pela equipe, a ficha espelho e entregue a caderneta do idoso. Para que os dados sejam atualizados durante atendimento clínico.

Engajamento público

Ação: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da Unidade de Saúde.

Detalhamento: Será feito pelos ACS durante as visitas e nos demais espaços do território.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar os ACS para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência.

Detalhamento: Nas reuniões de equipe serão capacitados os ACS para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência.

Meta 2.6 :Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Detalhamento: Serão monitoradas pelo médico e enfermeira, discutido durante reunião da equipe.

Organização e gestão do trabalho

Ação: Organizar a agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Detalhamento: Serão planejadas semanalmente durante reunião da equipe

Engajamento público

Ações:

Orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar;

Orientar a comunidade sobre a disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamados ou com problemas de locomoção;

Detalhamento: Serão oferecidas palestras nas comunidades.

Qualificação da prática clínica

Ações:

Orientar os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção;

Orientar os ACS para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar.

Detalhamento: As capacitações serão realizadas nos horários reservados para reunião da equipe.

Meta 2.7 Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Serão realizados nas consultas quanto nas visitas domiciliares dos usuários idosos.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número de idosos submetidos a rastreamento para HAS, periodicamente (pelo menos anualmente).

Detalhamento: As consultas serão monitoradas pelo médico e enfermeiro e discutido durante reunião da equipe.

Organização e gestão do trabalho

Ações:

Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de HAS;

Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanómetro, fita métrica) na unidade de saúde.

Detalhamento: Serão objetivo de conversa do médico e a enfermeira com a gestora para garantir estes implementos.

Engajamento público

Ações:

Orientar a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade;

Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS.

Detalhamento: Serão oferecidas atividades de promoção e prevenção de saúde nas ruas, associações de Barrios, igrejas, etc.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe da Unidade de Saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Detalhamento: A equipe será capacitada nos horários reservados para reunião.

Meta 2.8: Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus (DM).

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar número idoso com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para DM, periodicamente (pelo menos anualmente).

Detalhamento: Será monitorada pelo médico e enfermeira, semanalmente.

Organização e gestão do trabalho

Ações:

Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de DM;

Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento: Estas ações serão desenvolvidas em conjunto com a direção da UBS e a secretaria de saúde.

Engajamento público

Ações:

Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica;

Orientar à comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM.

Detalhamento: A comunidade será orientada nos grupos, na sala de espera, durante as visitas domiciliares e atendimento clínico.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe da UBS para realização do hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

Detalhamento: A equipe será capacitada no horário reservado para reunião.

Meta 2.9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de idosos.

Detalhamento: Estes dados serão monitorados pelo médico, enfermeiro e odontólogo da equipe.

Organização e gestão do trabalho

Ações:

Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde;

Cadastrar os idosos na unidade de saúde;

Oferecer atendimento prioritário aos idosos na unidade de saúde;

Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.

Detalhamento: Estas ações serão monitorizadas pelo médico e a enfermeira da equipe e serão realizadas pelo dentista e a técnica.

Engajamento público

Ação: Informar a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de idosos.

Detalhamento: A comunidade será orientada nos grupos, na sala de espera, durante as visitas domiciliares e atendimento clínico.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em idosos.

Detalhamento: A equipe será capacitada no horário reservado para reunião.

Meta 2.10: Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar número de idosos cadastrados na Unidade em acompanhamento odontológico no período.

Detalhamento: Estes dados serão monitorados pelo médico, enfermeiro e odontólogo da equipe.

Organização e gestão do trabalho

Ações:

Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde;

Monitorar a utilização de serviço odontológico por idosos da área de abrangência;

Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos;

Oferecer atendimento prioritário aos idosos.

Detalhamento: O odontólogo será responsável pelo desenvolvimento destas ações, que serão discutidas durante reunião semanal da equipe.

Engajamento público

Ações:

Informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de idosos e de sua importância para saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na Unidade de Saúde;

Esclarecer a comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais;

Ouvir a comunidade sobre estratégias para captação de idosos para acompanhamento odontológico.

Detalhamento: A comunidade será orientada nos grupos, na sala de espera, durante as visitas domiciliares e atendimento clínico.

Qualificação da prática clínica

Ações:

Capacitar a equipe para realizar acolhimento do idoso de acordo com protocolo.

Capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos para o atendimento odontológico;

Capacitar os ACS para captação de idosos.

Detalhamento: A equipe será capacitada no horário reservado para reunião.

Objetivo 3 . Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso da UBS São José dos Ausentes.

Meta 3: Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela unidade de saúde.

Detalhamento: Semanalmente através do levantamento dos dados dos registros específicos, será realizada a discussão destes dados em reunião de equipe, para pactuar a busca ativa dos faltosos e organizar a agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares.

Organização e gestão do trabalho

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Detalhamento: Serão programadas durante reunião da equipe, semanalmente.

Engajamento público

Ações:

Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas;

Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos idosos;

Esclarecer os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: A comunidade será orientada nos grupos, na sala de espera, durante as visitas domiciliares e atendimento clínico.

Qualificação da prática clínica

Ação:

Treinar os ACS para a orientação de idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade;

Definir com a equipe a periodicidade das consultas;

Detalhamento: A equipe será capacitada durante as reuniões, tendo como mediadores o médico e o enfermeiro, neste mesmo momento se discutirão a periodicidade das consultas.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações da UBS São José dos Ausentes.

Meta 4.1: Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na Unidade de Saúde.

Detalhamento: Será monitorado pelo médico e enfermeiro da equipe.

Organização e gestão do trabalho

Ações:

Manter as informações do SIAB atualizadas;

Implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos;

Pactuar com a equipe o registro das informações;

Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: será pactuado na primeira reunião da equipe os responsáveis por estas ações.

Engajamento público

Ação: Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento: A comunidade será orientada nos grupos, na sala de espera, durante as visitas domiciliares e atendimento clínico.

Qualificação da prática clínica

Ação: Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos.

Detalhamento: Serão treinados durante reunião da equipe.

Meta 4.2 : Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Detalhamento: Será monitorado pelo médico e enfermeiro da equipe.

Organização e gestão do trabalho

Ação: Solicitar ao gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Detalhamento: Será solicitado pelo gerente da UBS.

Engajamento público

Ação: Orientar os idosos e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção.

Detalhamento: A comunidade será orientada nos grupos, na sala de espera, durante as visitas domiciliares e atendimento clínico.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa.

Detalhamento: Serão capacitados durante reunião da equipe.

Objetivo 5 Mapear os idosos de risco da área de abrangência da UBS São José dos Ausentes.

Meta 5.1: Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência.

Detalhamento: O médico e a enfermeira serão responsáveis pelo monitoramento destes dados semanalmente.

Organização e gestão do trabalho

Ação: Priorizar o atendimento a idosos de maior risco de morbimortalidade.

Detalhamento: Realizar-se-ão atendimentos segundo a patologia dos idosos e o risco de morbimortalidade.

Engajamento público

Ação: Orientar os idosos sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco.

Detalhamento: A comunidade será orientada nos grupos, na sala de espera, durante as visitas domiciliares e atendimento clínico.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar os profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa.

Detalhamento: Serão treinados durante reunião da equipe.

Meta 5.2: Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice.

Detalhamento: O médico e a enfermeira serão responsáveis pelo monitoramento destes dados semanalmente.

Organização e gestão do trabalho

Ação: Priorizar o atendimento aos idosos fragilizados na velhice.

Detalhamento: Estes idosos serão identificados para quando chegar à UBS terem atendimento prioritário.

Engajamento público

Ação: Orientar os idosos fragilizados e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente.

Detalhamento: A comunidade será orientada nos grupos, na sala de espera, durante as visitas domiciliares e atendimento clínico.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar os profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice.

Detalhamento: Serão treinados durante reunião da equipe.

Meta 5.3: Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

Monitoramento e avaliação

Ações:

Monitorar a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS;

Monitorar todos os idosos com rede social deficiente.

Detalhamento: O médico e a enfermeira serão responsáveis pelo monitoramento destes dados semanalmente.

Organização e gestão do trabalho

Ação: Facilitar o agendamento e a visita domiciliar aos idosos com rede social deficiente.

Detalhamento: Estes idosos serão identificados para quando chegar à UBS terem atendimento prioritário e serão visitados periodicamente.

Engajamento público

Ações:

Orientar os idosos e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde;

Estimular na comunidade a promoção da socialização da pessoa idosa (trabalhos em igrejas, escolas, grupos de apoio...) e do estabelecimento de redes sociais de apoio.

Detalhamento: A comunidade será orientada nos grupos, na sala de espera, durante as visitas domiciliares e atendimento clínico.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para avaliar a rede social dos idosos.

Detalhamento: Serão capacitados durante reunião da equipe.

Objetivo 6 Promover a saúde dos idosos da UBS São José dos Ausentes.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos.

Ação: Monitorar o número de idosos com obesidade / desnutrição.

Detalhamento: Será cumprido fazendo o exame físico completo que inclui peso, comprimento e IMC (índice de massa corporal) dos usuários em cada consulta. O

médico e a enfermeira serão responsáveis pelo monitoramento destes dados semanalmente.

Organização e gestão do trabalho

Ação: Definir o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Detalhamento: Será pactuado na primeira reunião.

Engajamento público

Ação: Orientar os idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis.

Detalhamento: A comunidade será orientada nos grupos, na sala de espera, durante as visitas domiciliares e atendimento clínico.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável" ou o "Guia alimentar para a população brasileira".

Nas reuniões de equipe se capacitaram sobre estes temas.

Ação: Capacitar a equipe para a orientação nutricional específica para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 6.2: Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

Formaram-se grupos de idosos nas associações de Barrios e nas comunidades para a realização de exercícios físicos periodicamente.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos.

Detalhamento: O médico e a enfermeira serão responsáveis pelo monitoramento destes dados semanalmente.

Organização e gestão do trabalho

Ação: Definir o papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física regular.

Detalhamento: Será pactuado na primeira reunião.

Ação: Demandar do gestor municipal parcerias institucionais para realização de atividade física.

Detalhamento: A equipe se reunirá com os gestores para pactuar as ações relacionadas a intervenção.

Engajamento público

Ação: Orientar os idosos e a comunidade para a realização de atividade física regular;

Orientar os idosos sobre os principais exercícios que eles devem fazer para a sua idade.

Detalhamento: A comunidade será orientada nos grupos, na sala de espera, durante as visitas domiciliares e atendimento clínico.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para orientar os idosos sobre a realização de atividade física regular.

Serão oferecidas nas capacitações nas reuniões das equipes.

Meta 6.3 Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

Detalhamento: Esta ação será realizada durante reunião da equipe.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar as atividades educativas individuais.

Detalhamento: O médico e a enfermeira serão responsáveis pelo monitoramento destes dados semanalmente.

Organização e gestão do trabalho

Ação: Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento: Será pactuado na primeira reunião da equipe.

Engajamento público

Ação: Orientar os idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias.

Detalhamento: A comunidade será orientada nos grupos, na sala de espera, durante as visitas domiciliares e atendimento clínico.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias.

Detalhamento: Esta ação será realizada durante reunião da equipe.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1: Ampliar a cobertura de saúde do idoso da UBS São José dos Ausentes.

Meta 1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde da pessoa idosa da área da unidade de saúde para 100%.

Indicador 1: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa

Denominador: Número de idosos pertencentes a área de abrangência da unidade de saúde

Objetivo 2: Melhorar a qualidade de atenção ao idoso na UBS São José dos Ausentes

Meta 2.1: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Indicador 2.1: Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia

Numerador: Número de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.

Indicador 2.2: Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia

Numerador: Número de idosos com exame clínico apropriado em dia

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.3: Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Indicador 2.3: Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia

Numerador: Número de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.4: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos.

Indicador 2.4: Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada

Numerador: Número de idosos com prescrição da Farmácia Popular

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.5: Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

Indicador 2.5: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados

Numerador: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa.

Denominador: Número de idosos acamados ou com problema de locomoção pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.6: Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Indicador 2.6: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar

Numerador: Número de idosos acamados ou com problema de locomoção que receberam visita domiciliar.

Denominador: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.7: Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Indicador 2.7: Proporção de idosos rastreados para hipertensão na última consulta

Numerador: Número de idosos com medida da pressão arterial na última consulta.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.8: Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus (DM).

Indicador 2.8: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes

Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus.

Denominador: Número de idosos com pressão sustentada maior que 135/80mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

Meta 2.9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Indicador 2.9: Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de idosos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.10: Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Indicador 2.10: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática

Numerador: Número de idosos da área de abrangência na UBS com primeira consulta odontológica programática.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 3: Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Indicador 3: Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa

Numerador: Número de idosos faltosos às consultas programadas e buscados pela unidade de saúde.

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações da UBS São José dos

Meta 4.1: Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Indicador 4.1: Proporção de idosos com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia.

Numerador: Número de fichas de acompanhamento/espelho com registro atualizado.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 4.2: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

Indicador 4.2: Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Numerador: Número de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 5: Mapear os idosos de risco da área de abrangência da UBS São

Meta 5.1: Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade

Indicador 5.1: Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.

Numerador: Número de idosos rastreados quanto ao risco de morbimortalidade.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 5.2: Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Indicador 5.2: Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia.

Numerador: Número de idosos investigados quanto à presença de indicadores de fragilização na velhice.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 5.3: Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

Indicador 5.3: Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia.

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos da UBS São José dos Ausentes.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Indicador 6.1: Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Numerador: Número de idosos com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 6.2: Garantir orientação para a prática regular de atividade física 100% idosos.

Indicador 6.2: Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de idosos com orientação para prática regular de atividade física.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 6.3: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

Indicador 6.3: Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de idosos com orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde.

2.4 Logística

O projeto de intervenção em nossa UBS terá como foco o programa de atenção à pessoa idosa, dessa forma, adotaremos o Caderno de Atenção Básica Nº 19, Envelhecimento e saúde da pessoa idosa baseado do próprio Ministério da Saúde o qual temos em nossa UBS. Utilizaremos ficha espelho disponibilizada pelo curso, a qual consta os dados gerais e necessitamos 374 fichas, que aborda sobre a avaliação funcional, emocional, cognitiva, risco de quedas em dependência das atividades que seja capaz de realizar no dia a dia. A ficha também traz informações sobre o exame físico com avaliação nutricional, IMC, pressão arterial, acuidade visual e auditiva, doenças que sofre como Hipertensão Arterial Sistêmica e DM, cardiopatias, dislipidemias, artroses, osteoporoses, exames laboratoriais ou outros. Também constam hábitos de vida, estado da nutrição, os hábitos tóxicos, uso de álcool, se pratica atividades físicas ou não e qual e a periodicidade semanal, utilizaremos o quadro de avaliação multidimensional rápida da pessoa idosa que contempla a nutrição com IMC, visão, audição, incontinência ,atividade sexual, humor/depressão, cognição e memória, atividades diárias ,domicílio como riscos de acidentes escadas, banheiro com corrimão, quedas e suporte social. Complementaremos ambas as avaliações para abranger uma maior quantidade de informações necessárias sobre os usuários idosos de nossa área adstrita, como a saúde bucal e uso de próteses dentárias, as informações ficaram no prontuário odontológico dos usuários.

Estimamos alcançar com a intervenção 80% dos idosos da população da área de abrangência da unidade. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados, disponibilizada pelo curso.

Quanto às ações relacionadas à capacitação da equipe, começaremos a intervenção com a capacitação sobre o manual técnico para que toda equipe utilize essa referência na atenção aos idosos. O médico e o enfermeiro da UBS serão os mediadores das capacitações, que ocorrerá na mesma UBS nas sextas feiras as 16hs da tarde. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe. Também se falará do tema em cada reunião de equipe mensalmente. Para as capacitações temos cópias de 15 manuais técnicos para cada membro da equipe, será usado também o computador.

Os registros de cadastramento dos idosos na UBS ficarão na recepção, assim como as fichas de avaliação para completar os dados gerais e anexar a ficha individual do usuários que será avaliada pela enfermeira e médico para a realização do exame físico e laboratorial, diagnóstico e tratamento.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisará o livro de registro identificando todos os idosos que vieram ao serviço para consulta de rotina nos últimos 3 meses. A profissional localizará os prontuários destes clientes e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho.

Quanto ao monitoramento da ação programática, ao final de cada semana se fará pelo médico e a enfermeira a revisão das fichas espelhos identificando correto preenchimento das fichas, a Cobertura e o correto acolhimento dos idosos, a atualização das informações do SIAB, a realização de Avaliação Multidimensional Rápida, as realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na unidade de saúde, o monitoramento e o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela unidade de saúde, o monitoramento da qualidade dos registros dos idosos acompanhados na Unidade de Saúde. Semanal e Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. E o monitoramento do número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência, para observar se está sendo cumpridas as ações de avaliar e acompanhar corretamente entre 19 idosos por semana que somaria um total de 75 por mês para cumprir com os objetivos propostos de 80 % de cobertura da nossa população alvo da intervenção. O agente comunitário de saúde fará busca ativa de todos os idosos em atraso. Ao fazer busca

ativa já agendará os idosos para um horário de sua conveniência. Para os atendimentos clínicos estão garantidos todos os médicos na consulta.

Para acolher a demanda de intercorrências agudas a pessoa idosa não há necessidade de alterar a organização da agenda, estas serão priorizadas nas consultas disponíveis para pronto atendimento. Para agendar os idosos proveniente da busca ativa serão reservadas 20 consultas por semana ou mais caso seja necessário.

Para viabilizar as ações de acolhimento dos idosos, o acolhimento será feito pelos recepcionistas e a enfermeira, a qual fará a primeira avaliação de risco e priorizará a ordem de atendimento em dependência da idade, doenças associadas, limitações físicas ou locomotoras, mentais entre outras. Em caso de doença aguda será atendido no mesmo turno. Idosos que procurarem o serviço buscando por consulta de rotina, deverão ter prioridade no agendamento, sendo que a demora deverá ser menor que 3 dias. Os idosos que vierem à consulta sairão da UBS com a próxima consulta agendada.

Para sensibilizar a comunidade faremos contato com os representantes de conselho comunitário de saúde, utilizaremos os sítios de encontro de reunião do conselho comunitário de saúde, igrejas, escolas, a sala de recepção dos usuários na UBS, etc. Organizaremos palestras, propaganda gráfica, entre outros.

Para divulgação da intervenção iremos utilizar cartazes, bem como conversas na sala de espera pelos profissionais da UBS e nas visitas domiciliares dos ACS's. Apresentaremos o projeto esclareceremos a importância do mesmo para melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas e solicitaremos apoio da comunidade para que nenhum usuário idoso fique sem avaliação e acompanhamento em nossa área adstrita. Para as atividades educativas serão utilizados panfletos, cartazes e apresentação no computador, de acordo com os temas previstos, que serão disponibilizados pela Secretaria de Saúde. Os responsáveis destas atividades são o médico a enfermeira e temos o apoio dos demais membros da equipe.

2.5 Cronograma

[illegible]

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

O projeto de intervenção, inicialmente seria desenvolvido em 16 semanas, mas devido o atraso no retorno das férias dos profissionais do Programa mais Médicos, a coordenação do curso recomendou realizar a intervenção em 12 semanas. No início achava um pouco difícil conseguir alcançar os objetivos, metas, ações e indicadores que estavam planejadas. Levando em conta que o tema da intervenção foi eleito dependendo do programa de saúde priorizado no SUS, que mais deficiente se encontrava na nossa UBS no momento do análise. Foram dias de, dúvidas, temor. Apesar de algumas dificuldades objetivas, as condições (cronograma, logística, planilha de OMIA) estavam prontas para iniciar a intervenção. Sem dúvidas o projeto de intervenção veio a mudar para melhor muitas coisas na nossa UBS. Por mencionar algumas delas, temos que as reuniões de equipe já hoje formam parte da rotina semanal e com a participação de todos, anteriormente ao projeto não era assim. A equipe conseguiu mudanças importantes e boas como são a união, adesão e o funcionamento da equipe como uma verdadeira equipe. Os idosos contam com um turno semanal para seus atendimentos e se sentem bem acolhidos na UBS.

O esforço da equipe para atingir as metas pactuadas foi notório devido o encurtamento do período da intervenção. Para tal, foi necessário fazer algumas mudanças dentro da rotina semanal, como a priorização do atendimento aos idosos em todos os turnos e a intensificação das visitas que faltavam no interior da comunidade para cadastrar os idosos que ainda não estavam sendo

acompanhados pelo programa.

Durante o início da intervenção, enfrentamos dificuldades quanto a ao atendimento odontológico, pois a equipe de saúde bucal estava incompleta. Felizmente, ainda no período da intervenção conseguimos a inserção de mais um odontólogo à equipe, para atender as áreas do interior, área com maior necessidade devido à dificuldade dos idosos comparecerem a UBS pelas características geográficas da área.

A apresentação do projeto de intervenção na comunidade que estava prevista para ser desenvolvida na primeira, quinta e na nona semana, não foi possível cumprir por questões de organização e participação da comunidade. Razão pela qual foi necessário realizar três apresentações nas três primeiras semanas, nas diferentes microáreas do interior. E assim foi do conhecimento de toda a população a existência do projeto, resultando na boa adesão e colaboração da comunidade, principalmente os residentes nas microáreas mais distantes.

Dentre as ações que estavam previstas a ser desenvolvida, a maioria delas foi possível executar em sua totalidade, outras foram realizadas parcialmente. Não tivemos ações que não foram desenvolvidas. Nas primeiras semanas realizamos todas as capacitações previstas com a equipe, utilizando os protocolos subministrados pelo Ministério de Saúde disponível em nossa UBS nos horários das reuniões de Equipe semanal, sempre ministrado pelo médico e a enfermeira.

Durante os atendimentos clínicos no período intervenção garantimos a realização dos exames clínicos, solicitação de exames complementares, avaliação multidimensional rápida em todos idosos acompanhados pela unidade de saúde, a realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados.

Conseguimos realizar todas as ações de monitoramento, facilitada pelo registro da ficha espelho e planilha de coleta de dados com a participação do médico, enfermeiros e técnicos de enfermagem. Foram acompanhadas e discutidas semanalmente pela equipe.

Quanto à cobertura, foram desenvolvidas integralmente. No eixo de Organização e Gestão do Serviço foram realizadas as ações de acolher todos os idosos que chegaram a nossa Unidade, de cadastrar todos os idosos da área de cobertura da unidade de saúde e se atualizaram todas as informações do SIAB ações que foram realizadas pelo médico, a enfermeira e a técnica de enfermagem ações que foram realizadas integralmente. Já no eixo de engajamento público, orientamos a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável e se compartilharam com os usuários as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social, ação que foi realizada nas salas de espera e nas reuniões com a comunidade.

Quanto ao objetivo de adesão no eixo de monitoramento e avaliação o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela unidade de saúde foi possível realizar em sua totalidade dos idosos, como comentado anteriormente, os quais foram acompanhados mensalmente com os retornos agendados, uns poucos não chegaram ao retorno marcado o foi necessário fazer a busca ativa deles.

No eixo de organização e gestão do serviço, para conseguir a maior qualidade nos registros dos idosos acompanhados na UBS, foi preciso monitorar as fichas espelho as quais existem e estão atualizadas em 100% deles, e os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, realizadas no momento das consultas pela técnica de enfermagem que foi capacitada para o preenchimento das fichas espelhos e as cadernetas, facilitando a realização desta ação. Quanto ao eixo de engajamento publico se informou na comunidade sobre a importância de realização das consultas, e se esclareceu os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas durante as reuniões com a comunidade, nas salas de espera e foi realizada pelo médico e a enfermeira.

No objetivo de avaliação de risco, no eixo de organização e gestão do serviço se priorizou o atendimento aos idosos de maior risco de morbimortalidade, os idosos fragilizados na velhice e se facilitou o agendamento

e a visita domiciliar a idosos com rede social deficiente. Enquanto no eixo de engajamento público se orientou os idosos sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco, a os idosos fragilizados e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente e também os idosos e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde. Ações que foram realizadas integralmente.

Quanto à garantia de registros adequados, no eixo de organização e gestão dos serviços foram planejadas e executadas várias ações, o cadastramento da totalidade dos idosos foi feita diariamente a medida que o idosos comparecia para atendimento, bem como o acolhimento de todos os idosos que procuravam a UBS. As atualizações dos registros do SIAB são feitas pelo enfermeiro em cada dia de atendimento e atualizadas para a secretaria mensalmente.

Ainda com objetivo de melhorar dos registros, garantiu-se busca a dos idosos, por meio das visitas domiciliares dos ACS's. Organizou-se a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Garantiu-se também a referência e contra referência de usuários com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades, realizou-se a solicitação dos exames complementares, durante atendimento clínico.

Foi solicitado a nossa gestora municipal pelo médico e a enfermeira da equipe, agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo, se estabeleceu sistemas de alerta para a não realização dos exames complementares preconizados, se realizou controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos e se estabeleceu um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Garantiu-se o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa e organizou se a agenda para visitar o 100 % dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. Ações que foram

realizadas integralmente graças ao interesse e o trabalho da nossa equipe.

Contamos com quantidade suficiente de fichas espelhos e caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, que foram preenchidas durante atendimento clínico pela técnica de enfermagem. Em cada atendimento na avaliação de risco se priorizou o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência, o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice, a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS e se priorizou o agendamento de visitas domiciliares de todos os idosos com rede social deficiente os quais também foram identificados e encaminhados com a assistente social.

Quanto ao objetivo de promover a saúde dos idosos da área da unidade de saúde, se definiu o profissional responsável pela orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos, o número de idosos com obesidade / desnutrição, a realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos, o número de idosos que realizam atividade física regular e as atividades educativas individuais. A equipe conta com o apoio de educador físico e nutricionista do NASF. Todas as ações do eixo de engajamento público relacionadas a este objetivo foram realizadas integralmente.

Durante a intervenção não houve dificuldades na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores.

Como já tínhamos dito no decorrer da intervenção, o programa de atenção à saúde da pessoa idosa é uma realidade na nossa UBS. Apesar de ainda estar distante da perfeição, estamos satisfeito com os resultados obtidos até o momento. Pois em apenas 12 semanas a equipe conseguiu incorporar o 60,7 % dos idosos ao acompanhamento na UBS com a qualidade preconizada pelo protocolo. Agora nossa intervenção forma parte da rotina de nossos atendimentos. Uma situação que já é irrevocável, eu acredito que chegou para ficar para sempre. A meta da equipe é alcançar o 100 % dos idosos acompanhados na UBS em um período de outros dois meses. Temos indicadores ainda por melhorar como a saúde bucal pelos problemas

apresentados, mas continuaremos trabalhando para lograr não um bom resultado no projeto e sim um bom atendimento e satisfação da população.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

A única ação que não foi possível desenvolver foi a primeira consulta odontológica para toda população alvo, devido a ausência da equipe de Saúde Bucal completa no início da intervenção.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Ao longo da intervenção não apresentei dificuldade para a coleta e sistematização de dados relativos à intervenção.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

O projeto já foi incorporado à rotina da ESF, os idosos são um grupo populacional com atendimento prioritário na UBS e seus atendimentos acontecem com a qualidade estabelecida e preconizada no Ministério de Saúde. Além disso, a equipe está muito feliz e entusiasmada com os resultados obtidos e está comprometida para implementar novas intervenções para outras linhas programáticas.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

O objetivo geral da intervenção foi melhorar a atenção à Saúde do Idoso, residentes na área de abrangência da UBS/ESF São José dos Ausentes, município São José dos Ausentes/RS. A intervenção estava planejada para ser desenvolvida em 04 meses (16 semanas), entretanto, devido às férias dos profissionais do Programa Mais Médicos, a coordenação do curso de especialização, reprogramou para que ocorresse em 03 meses (12 semanas).

Nossa UBS tem uma população total de 3.219 pessoas, segundo o Caderno de Ações Programáticas, a estimativa seria de 322 pessoas com 60 anos ou mais. Entretanto conforme cadastramento realizado pelos ACS's, temos 374 pessoas com 60 anos ou residentes na área.

Resultados referentes ao objetivo de ampliar a cobertura de atenção a saúde do idoso

Meta 1.1. Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 100%.

Indicador 1.1. Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.

Quanto à cobertura alcançada em nosso projeto de intervenção, foram atendidos 227 usuários idosos, atingindo o percentual de 60,7% de cobertura, sendo que 93 (24,9%) usuários foram cadastrados no primeiro mês, 116 (31,0%) no segundo mês e encerramos o terceiro e último mês com 227 usuários (60,7%). No início do projeto havíamos pactuado alcançar a meta de cadastrar 80% dos idosos, sendo assim a equipe conseguiu a cadastrar o 60,7 % da meta. A figura 01 demonstra a evolução do cadastro dos usuários idosos da área de abrangência da UBS São Jose dos Ausentes, RS, nos 3 meses da intervenção.

As ações que mais auxiliaram no cadastramento dos idosos foram o excelente trabalho da equipe que ficou muito motivado com a intervenção e o trabalho das Agentes Comunitárias de Saúde, também o apoio da Secretaria de Saúde com a logística para o bom desenvolvimento de nossa intervenção.

Os idosos que não foram captados se deve a que temos áreas muito distantes no interior de nosso município que não foi possível durante as 12 semanas chegar lá, mas já está planejado para ir e cadastrar os usuários porque a intervenção forma parte da rotina de nossos atendimentos, e um processo contínuo.

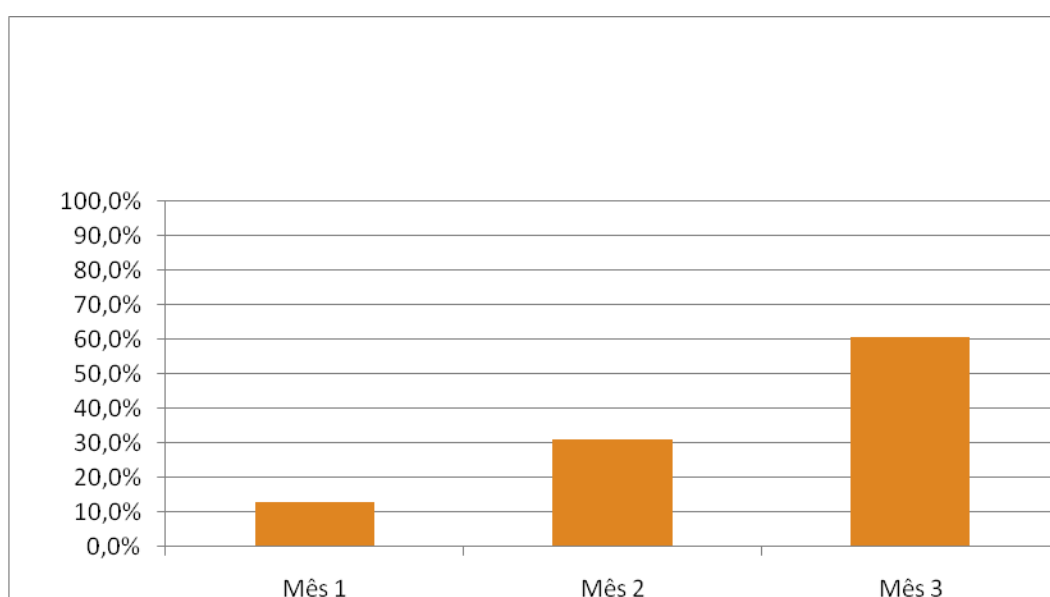


Figura 01: Cobertura de usuários idosos cadastrados ao longo do projeto de intervenção na UBS São Jose dos Ausentes/RS, 2015.

Resultados referentes ao objetivo de melhorar a qualidade da atenção aos idosos na unidade de saúde

Meta 2.1. Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Indicador 2.1. Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

Quanto à proporção de usuários idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia de acordo ao protocolo, no primeiro mês foram 49 (100 %), no segundo mês foram 116 (100 %) e no terceiro mês 227 (100 %) , alcançando-se a meta pactuada.. Isto foi possível pela adesão e o interesse da equipe desde o início

da intervenção. Assim sendo, todos os idosos atendidos na nossa UBS atualmente contam com a Avaliação Multidimensional Rápida em dia. Também foi possível conquistar essa meta graças ao esforço e empenho dos profissionais e devido às capacitações e treinamento realizados, ações que tiveram sucesso na atualização profissional.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibiais posteriores e pediosos e medida da sensibilidade a cada 03 meses para diabéticos.

Indicador 2.2. Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia.

Quanto à proporção de usuários idosos com exame clínico apropriado em dia de acordo ao protocolo, incluindo exame dos pés com palpação dos pulsos tibiais posteriores e pediosos e medida da sensibilidade a cada três meses para diabéticos, no primeiro mês foram 40 (100%), no segundo mês 116 (100 %) e no terceiro mês 227 (100%) de maneira que todos os usuários que foram consultados em nossa unidade de saúde foram submetidos ao exame clínico de qualidade. Tal ação foi realizada com a participação de todos os profissionais da equipe.

Meta 2.3. Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Indicador 2.3. Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Como descreve a figura 02, no primeiro mês foi possível alcançar 49 (100 %) usuários, mas já com o decorrer no segundo mês foram 44 (95,7%), e no terceiro mês 76 (93,8 %) não foi possível alcançar a meta do 100 % nesses meses devido aos recortes do pressuposto de nossa Secretaria de Saúde, mas hoje graças a esforços da equipe com a gestão municipal os usuários estão identificados para a prioridade na marcação de exames, e vai ser possível melhorar neste sentido até atingir 100% da meta.

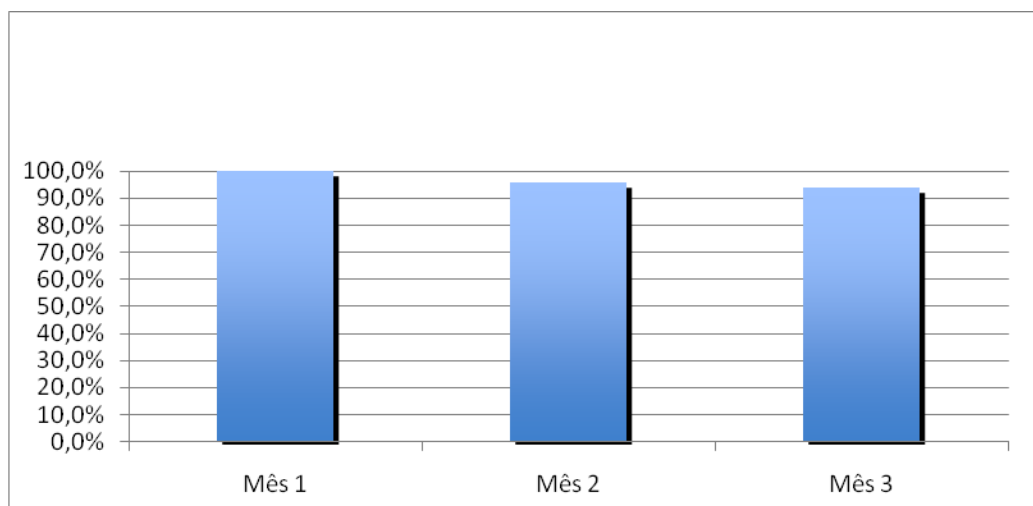


Figura 02: Proporção de usuários idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia no projeto de intervenção na UBS São Jose dos Ausentes/ RS, 2015.

Meta 2.4. Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos.

Indicador 2.4. Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

A proporção de usuários idosos com prescrição dos medicamentos da farmácia popular /Hiperdia priorizada está demonstrada na figura 05. sendo 25 (50,1%) no primeiro mês, 43 (37,1%) no segundo mês e 67 (29,5%) no terceiro mês. Nesse indicador não foi possível alcançarmos a meta pactuada de 100% porque alguns usuários fazem acompanhamento com especialistas privados e não querem usar os medicamentos disponibilizados na farmácia popular. Também existe um número de idosos que não consegue controlar as doenças com os medicamentos do programa, sendo assim, são necessários tratamentos com outros medicamentos não disponíveis na farmácia popular/ Hiperdia.

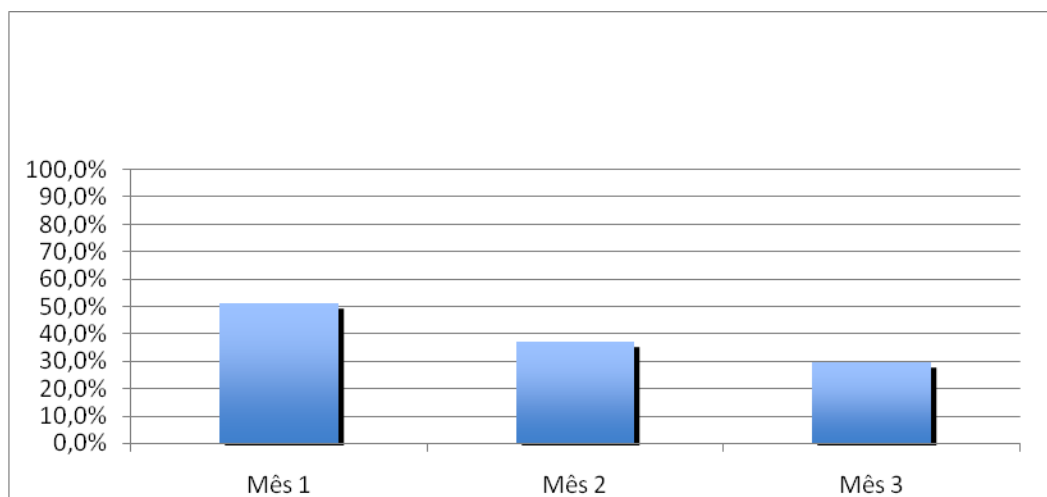


Figura 03: Proporção de usuários idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular Priorizada no projeto de intervenção na UBS São Jose dos Ausentes/ RS, 2015.

Meta 2.5. Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Indicador 2.5. Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

A figura 04. Mostra a proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados na UBS No primeiro mês a equipe não conseguiu atingir a meta pactuada de 100%, nesse mês alcançamos 11(47.8%) da meta. No segundo mês alcançamos 20 (87 %) da meta. Não foi possível chegar aos 100 % desde o primeiro mês por causa dos Idosos acamados o com problemas de locomoção que moram em micro áreas do interior de nosso município. Com o esforço da equipe toda e com o apoio incondicional dos ACS foi possível atingir no terceiro mês os 23 (100%) dos idosos. Também contribuiu para esse indicador as capacitações realizadas no início da intervenção.

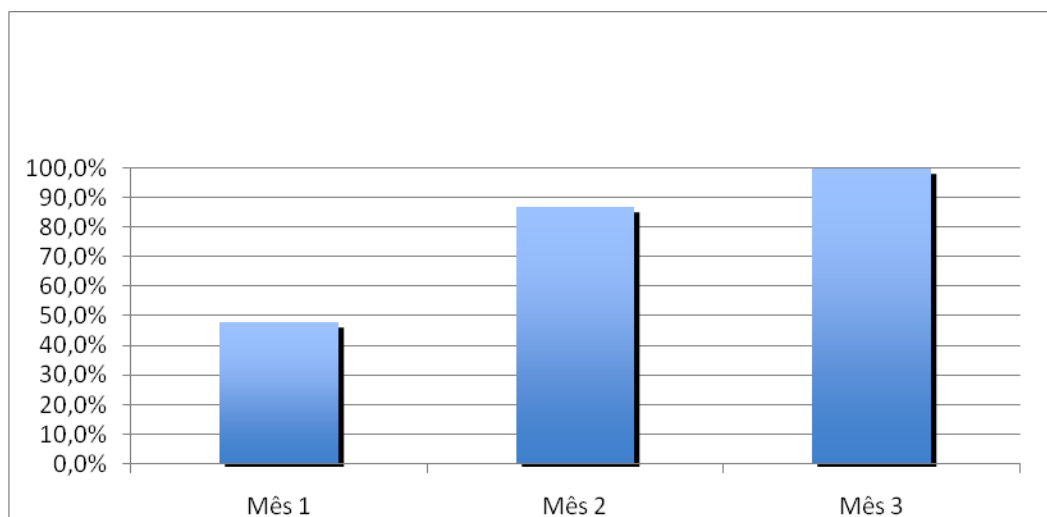


Figura 04: Proporção de usuários idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no projeto de intervenção na UBS São Jose dos Ausentes/ RS, 2015.

Meta 2.6. Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Indicador 2.6. Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.

Estava previsto fazer visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados na área de abrangência, meta que não foi possível atingir no primeiro mês com 10 (90.9%) e segundo mês 19 (95 %). Faltou apoio da gestão municipal no que diz respeito à possibilidade da equipe se deslocar até as casas dos idosos que moram muito distante da UBS, pois a gestão não providenciou o carro para realização de todas as visitas domiciliares planejadas, o que prejudicou o alcance da meta nessas meses, mas felizmente conseguimos o apoio no terceiro mês e foi possível atingir os 23 (100 %) dos idosos. A figura 05 demonstra esses dados.

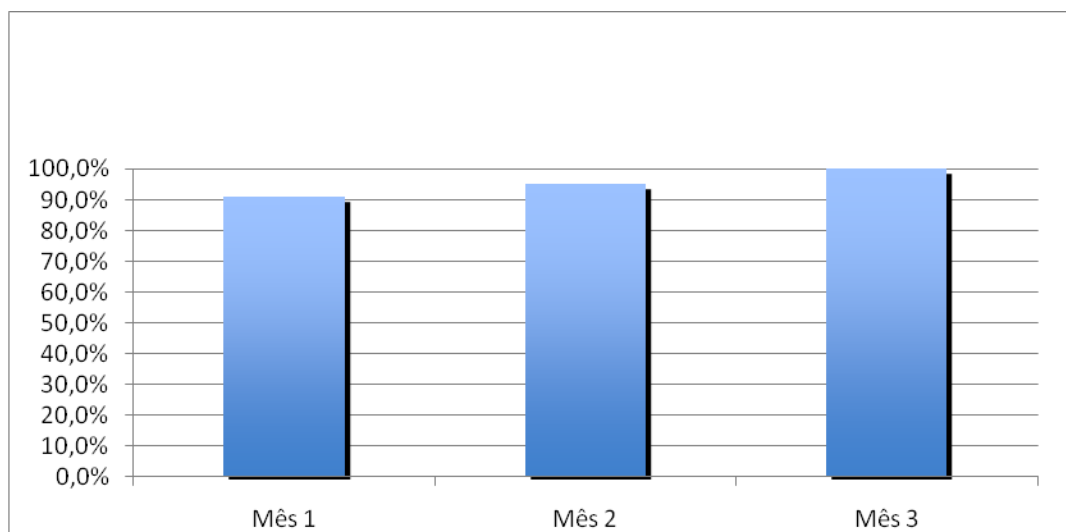


Figura 05: Proporção de usuários idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar no projeto de intervenção na UBS São Jose dos Ausentes/ RS, 2015.

Meta 2.7. Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Indicador 2.7. Proporção de idosos rastreados para hipertensão na última consulta.

A meta de rastrear o 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) foi cumprida segundo estava pactuada, sendo que todos os idosos consultados ao longo dos três meses do projeto de intervenção tiveram o rastreamento para HAS. No primeiro mês foram 49 (100 %), no segundo mês foram 116 (100 %) e no terceiro mês 227 (100 %) , alcançando-se a meta pactuada. Estas ações foram realizadas com a ajuda do enfermeiro e das técnicas de enfermagem durante o atendimento clínico, graças às capacitações e os treinamentos desenvolvidos no decorrer do projeto.

Meta 2.8. Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM).

Indicador 2.8. Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

Segundo estava pactuado no objetivo de qualidade, 100% dos idosos com Hipertensão Arterial Sistêmica ou valores de PA sustentada maior que 135/80 mmHg foram rastreados para Diabetes Mellitus no primeiro mês foram 17 (100%) , no segundo mês 28 (100%) e no terceiro mês 49 (100%). A verificação da glicemia

capilar em todos os idosos com hipertensão, pela técnica de enfermagem da equipe, antes do atendimento, colaborou para o alcance desta meta.

Meta 2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Indicador 2.9. Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

As metas dos Idosos com avaliação na necessidade de atendimento odontológico foram cumpridas no primeiro mês 38 (77,6 %), no segundo mês foram 105 (90,5 %) e no terceiro mês foram 205 (90,3 %). Nossa UBS não contava com a ESB completa no início da intervenção já que estava faltando um Odontólogo para cobrir nossa área de abrangência e assim poder deslocar um Odontólogo para os atendimentos no interior do município.

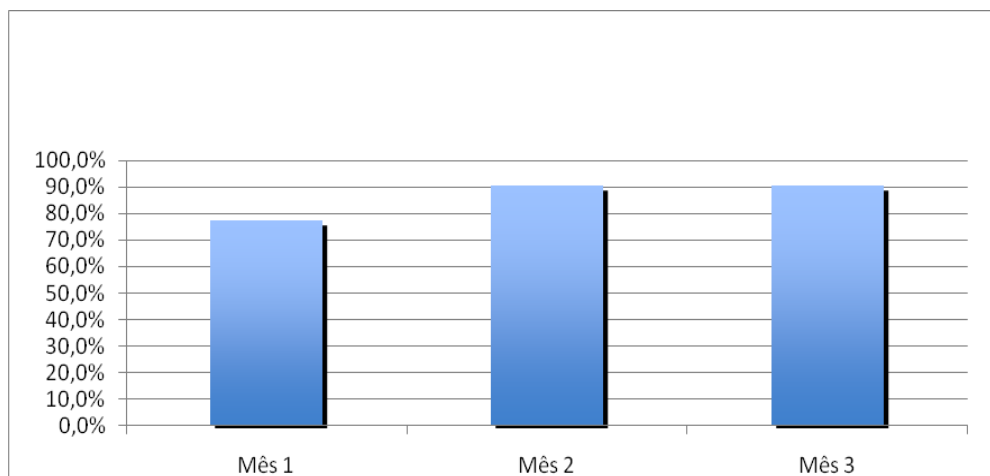


Figura 06: Proporção de usuários idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico no projeto de intervenção na UBS São Jose dos Ausentes/RS, 2015.

Meta 2.10. Realizar primeira consulta odontológica em 100% dos idosos.

Indicador 2.9. Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

Na proporção de idosos com primeira consulta Odontológica programada foi no primeiro mês 39 usuários (79,6 %), no segundo mês 106 usuários (91.4 %), e no terceiro mês 220 usuários (96.9 %), como se descreve no Gráfico 07, foi possível aumentar depois do segundo mês devido à contratação outro Odontólogo para nossa Equipe conseguindo atender os usuários do interior de nosso Município e

como a intervenção é um processo contínuo em nossa UBS em pouco tempo conseguiremos atingir o 100 % da meta.

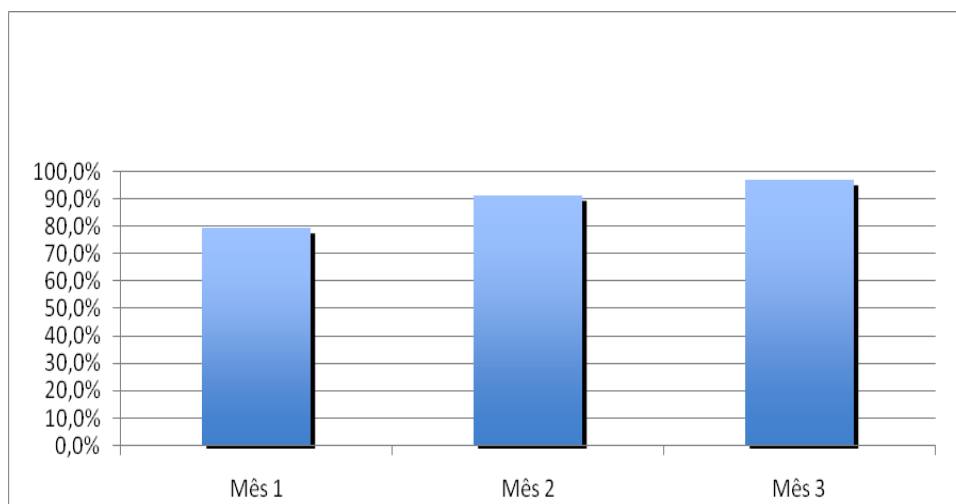


Figura 07: Proporção de usuários idosos com primeira consulta odontológica programática no projeto de intervenção na UBS São Jose dos Ausentes/ RS, 2015.

Resultados referentes ao objetivo de melhorar a adesão dos usuários idosos

Meta 3.1. Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Indicador 3.1. Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa

Durante a intervenção não tivemos usuários faltosos as consultas graças à o excelente trabalho desempenhado pelos ACS, esta porcentagem foi conseguida pelo trabalho e adesão que conseguiu a equipe no desenvolvimento do projeto. As buscas também foram facilitadas devido aos registros feitos e à organização do trabalho na UBS.

Resultados referentes ao objetivo de melhorar o registro dos usuários idosos.

Meta 4.1. Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Indicador 4.1. Proporção de idosos com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia.

Quanto à proporção de idosos com registro adequado na ficha espelho, 100% deles tiveram seus registros feitos com a qualidade requerida, no primeiro mês foram 49 (100 %), no segundo mês foram 116 (100 %) e no terceiro mês 227

(100 %) , alcançando-se a meta pactuada. O indicador foi positivo graças a ajuda, o treinamento e dedicação das técnicas de enfermagem no preenchimento das fichas espelho.

Meta 4.2. Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

Indicador 4.2. Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Esta foi uma meta que teve sucesso na nossa UBS desde o princípio da intervenção foi muito bom o apoio de nossa Secretaria de Saúde que garantiu o 100 % das cadernetas de Saúde da Pessoa Idosa para todos os usuários de nossa intervenção. No primeiro mês foram 49 (100 %), no segundo mês foram 116 (100 %) e no terceiro mês 227 (100 %) , alcançando-se a meta pactuada.

Resultados referentes ao objetivo de realizar avaliação de risco nos usuários idosos.

Meta 5.1. Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Indicador 5.1. Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.

Quanto à meta de realizar a avaliação de risco para morbimortalidade em 100% dos idosos atendidos na UBS durante o projeto, foi uma meta fácil de atingir e alcançar nos três meses da intervenção. No primeiro mês foram 49 (100 %), no segundo mês foram 116 (100 %) e no terceiro mês 227 (100 %) , alcançando-se a meta pactuada. Uma facilidade para conseguir esse indicador foi à participação da equipe toda tanto no desenvolvimento das palestras que foram executadas, quanto nas ações de orientações em cada atendimento específico.

Meta 5.2. Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Indicador 5.2. Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia.

A proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice. Meta que foi possível cumprir em sua totalidade nos três meses da intervenção. No primeiro mês foram 49 (100 %), no segundo mês foram 116 (100 %) e no terceiro mês 227

(100 %) , alcançando-se a meta pactuada. Acredito que é uma meta que depende do trabalho no dia a dia e não é muito difícil de cumprir. Sendo que os indicadores ficaram em 100% durante os três meses, o que quer dizer que todos os idosos receberam esta avaliação, realizada durante atendimento clínico.

Meta 5.3. Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

Indicador 5.3. Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia.

Todos os idosos cadastrados e atendidos no programa durante o projeto receberam avaliação na rede social durante os atendimentos e no caso nos Idosos acamados ou com dificuldades na locomoção foi avaliada nas visitas domiciliares . Sendo que os casos detectados deficientes na rede social foram encaminhados com a assistente social. Assim sendo, esse indicador no primeiro mês foram 49 (100 %), no segundo mês foram 116 (100 %) e no terceiro mês 227 (100 %) , alcançando-se a meta pactuada.

Resultados referentes ao objetivo de promover a saúde dos usuários idosos.

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Indicador 6.1. Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

A meta de garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis foi atingida em 100% dos idosos atendidos na UBS durante o projeto de intervenção. No primeiro mês foram 49 (100 %), no segundo mês foram 116 (100 %) e no terceiro mês 227 (100 %) , alcançando-se a meta pactuada. As ações referentes a essa meta foram possíveis de serem desenvolvidas no âmbito coletivo em cada palestra, no momento do acolhimento e depois no âmbito individual como parte das orientações em cada atendimento específico, levando em conta as características e doenças de cada usuários. Para isto contamos com o apoio da nossa Nutricionista com as palestras ministradas

Meta 6.2. Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

Indicador 6.2. Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Os idosos inicialmente receberam orientações gerais no momento de acolhimento quanto à prática regular de atividade física e no momento do atendimento individual como parte das orientações de rotina, quando foram orientados a atividade física que eles podem realizar dependendo das doenças que apresentam. A meta também foi atingida na sua totalidade no primeiro mês foram 49 (100 %), no segundo mês foram 116 (100 %) e no terceiro mês 227 (100 %) . Nesta meta contamos com o apoio do nosso professor de educação física do NASF.

Meta 6.3. Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

Indicador 6.3. Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal.

A meta de garantir as orientações sobre higiene bucal e higiene de próteses dentárias foi atingida em sua totalidade, apesar de não contar na UBS com equipe de saúde bucal completa no início da intervenção. Contribui para o alcance desta meta, a capacitação realizada nas reuniões da equipe, onde foi possível treinar as técnicas de enfermagem para estas orientações, esclarecendo os usuários na sala de espera e durante o acolhimento. Nas consultas, os idosos também foram orientados individualmente. Assim, conseguimos alcançar no primeiro mês 49 (100 %), no segundo mês 116 (100 %) e no terceiro mês 227 (100 %). Ações que foram possíveis graças ao comprometimento de toda equipe na intervenção.

4.2 Discussão

O processo de intervenção na UBS São José dos Ausentes, RS contribuiu com a ampliação da cobertura aos usuários idosos (com 60 anos ou mais), na melhoria da qualificação da atenção, na acessibilidade dos usuários à UBS, na melhoria dos registros e controles com destaque na realização da Avaliação Multidimensional Rápida. A equipe também conseguiu informar a população sobre a existência do projeto e realizar o engajamento da mesma na intervenção.

A equipe de nossa UBS conseguiu primeiramente estabelecer a prioridade nos atendimentos da pessoa idosa, ação que não estava implantada até o momento

da escolha do tema do projeto de intervenção. Além disso, realizou-se o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo, incluindo exame dos pés com palpação dos pulsos tibiais posteriores e pediosos e medida da sensibilidade a cada três meses para diabéticos, o que permitiu garantir uma atenção de qualidade a esses usuários, prevenindo e/ou detectando os fatores de risco presentes neles. Foram indicados os exames complementares de acordo com o protocolo e avaliados depois para ver se tinham sido realizados e seus resultados para futuras condutas e mudanças no estilo de vida e tratamentos, melhorando o cuidado individual e cumprindo com a integralidade. Os idosos também foram orientados sobre hábitos alimentares saudáveis, a necessidade de prática de atividade física regular para que possa ter mais autonomia quanto a sua saúde, a importância da higiene bucal e de próteses dentárias.

Levando em conta que uma parte da população alvo de nosso projeto de intervenção sofre de Hipertensão Arterial (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), foram informados sobre a existência dos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e sobre a possibilidade deles usarem esses medicamentos pela acessibilidade e menor custo. Dessa forma conseguimos que alguns usuários trocassem o tratamento antigo para estes medicamentos do programa, o que promoveu a continuidade do tratamento e, por consequência, um melhor controle da doença. Embora de que ainda tem algum usuários que fazem acompanhamento com especialistas privados e não querem usar os medicamentos disponibilizados na farmácia popular. Também existe um número de idosos que não consegue controlar as doenças com os medicamentos do programa, sendo assim, são necessários tratamentos com outros medicamentos não disponíveis na farmácia popular/Hiperdia.

O cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção, assim como a avaliação da necessidade de realizar visita domiciliar e a realização desta, foi facilitada pelas capacitações aos ACS e a dedicação e comprometimento deles para com o projeto.

Referente ao objetivo de melhorar a adesão dos usuários idosos, também conseguimos um grande favorecimento com o projeto de intervenção. No tivemos a necessidade de realizar a busca ativa dos usuários faltosos às consultas médicas, algo que não acontecia anteriormente isto foi possível graças ao trabalho e dedicação dos ACS.

A organização e a melhoria dos registros dos usuários idosos permitiram levar um maior controle dos dados necessários para conhecer as deficiências e trabalhar na correção das mesmas. Em todos os atendimentos foram preenchidas as fichas espelho, que é um instrumento facilitador que fez com que conseguíssemos manter um adequado controle dos usuários. Foi possível realizar a entrega da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa para a totalidade dos idosos e temos em quantidade suficiente no município para continuar os atendimentos.

Com a realização da avaliação de risco para morbimortalidade, para fragilização na velhice e para rede social foi possível a identificação dos idosos com maior risco e, desse modo, dar a prioridade preconizada no protocolo a essa população. Ação que foi desenvolvida ao longo da intervenção e permitiu o encaminhamento dos idosos com deficiência na rede social para o assistente social. Tudo isso foi facilitado pelos treinamentos e capacitações realizadas com a equipe.

As ações de promoção de saúde aos idosos foram realizadas em sua totalidade na área de abrangência. Com essas ações obtivemos mudanças que melhoraram o bem estar e ajudaram no controle das doenças de alguns usuários. As ações mais importantes desenvolvidas no projeto foram as referentes à orientação nutricional sobre hábitos alimentares saudáveis, realização de atividade física regular sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias). Estas ações foram possíveis com o apoio do NASF com nossa equipe.

O projeto exigiu da equipe a realização de diferentes capacitações segundo o preconizado pelo protocolo do Ministério de Saúde, relacionadas com a realização da Avaliação Multidimensional Rápida, realização de exame clínico apropriado, solicitação de exames complementares, atualização no tratamento de HAS e DM, verificação da pressão arterial e realização do Hemoglicoteste. Todas estas ações de capacitação levaram ao trabalho integrado dos profissionais da equipe, o que contribuiu para a melhoria da adesão da equipe, assim como o enriquecimento profissional de cada um dos integrantes. Além disso, favoreceu na qualidade dos atendimentos aos idosos e nas relações entre os membros da equipe e a população alvo.

Cada membro da equipe no cumprimento de suas atribuições, contribuiu com o desenvolvimento do projeto. A intervenção trouxe melhorias no funcionamento da UBS como um todo. As atividades agora estão mais bem planejadas. Melhorou o

acolhimento da população de forma geral, a equipe toda participa das ações, o que não acontecia na nossa UBS antes da implantação do projeto.

Antes da intervenção as atividades de atenção ao idoso eram focadas na doença que cada idoso apresentava, sem enfoque de promoção e prevenção de saúde. Agora, foram reestruturadas as atribuições da equipe, com realização de ações de prevenção e promoção da saúde. Houve organização do trabalho, com a implantação dos registros específicos e consultas programas, viabilizando atenção a demanda espontânea. E a realização da estratificação de risco dos idosos, contribuindo na priorização dos atendimentos aos idosos de maior risco.

O impacto da intervenção é bem percebido pela comunidade, mas ainda precisamos divulgar os resultados obtidos. Apesar disso, os usuários idosos se mostraram satisfeitos com a prioridade do atendimento e entusiasmados pela participação do projeto. A qualidade dos atendimentos melhorou em grande proporção, evidenciando-se no maior controle das doenças crônicas presentes neste grupo de pessoas, o que os motiva a continuar no cumprimento de todas as orientações recomendadas pela equipe.

Apesar de ter atingido uma grande parte da meta pactuada, temos um grupo considerável de idosos que ainda não estão sendo acompanhados na UBS. Com a continuidade das ações na rotina do serviço, brevemente todos os idosos da comunidade serão acompanhados pelo programa.

O projeto poderia ter sido facilitado se desde a análise situacional, tivéssemos discutido as atividades a serem desenvolvidas. Acredito que mesmo tendo vários encontros com a comunidade para explicar os critérios e o porquê da implantação do projeto, assim como as razões do porque da escolha deste grupo populacional, faltou articulação com a comunidade e com os líderes comunitários, pois o comparecimento da população nas reuniões com a comunidade foi muito escasso. A equipe necessitava de mais tempo e mais encontros até que a comunidade toda conhecesse suficientemente este projeto e sua importância.

Com a finalização do projeto percebo que éramos uma equipe que não conseguia se integrar adequadamente. Agora, somos uma equipe mais unida e integrada, realizando com maior entusiasmo as atividades desenvolvidas no dia a dia. Temos um programa de atenção à pessoa idosa que já faz parte da rotina diária e uma equipe que trabalha na implantação e extensão a outros programas priorizados pelo Ministério de Saúde. Sabemos que teremos condições de superar

algumas das deficiências apresentadas no desenvolvimento do projeto, pois contamos com as ferramentas necessárias para isso, uma equipe disposta a trabalhar em união.

A equipe de Saúde Bucal incompleta terminou incidindo negativamente nos resultados, referente à consulta odontológica. Mas neste momento, já foi incorporado mais um odontólogo. E a equipe está consciente da importância da continuidade das ações. Contamos com o privilégio de ter toda a área coberta por ACS, os quais estão comprometidos com o projeto e pretendemos nos próximos meses inserir a totalidade da população idosa no programa. Já é um propósito da equipe toda, com especial empenho do enfermeiro. Devido o sucesso deste projeto, servirá de exemplo para implantarmos o programa Hiperdia na nossa UBS e desta maneira melhorar a qualidade da atenção e de vida de toda nossa população.

5 Relatório da intervenção para gestores

Destinatário: Sra. Glaucia Azevedo. Secretaria de Saúde São Jose dos Ausentes .

Realizamos uma Intervenção, como parte dos requisitos formativos do Curso de Especialização em Saúde da Família promovido pela da Universidade Aberta do SUS em parceria com a Universidade Federal de Pelotas- UFPEL, e só foram possíveis devido ao apoio da equipe e da gestão. O projeto de intervenção com uma duração de 12 semanas, dirigido a população idosa na UBS São Jose dos Ausentes/RS, transcorreu com sucesso.

A população vinculada à equipe é de 3219 habitantes residentes na área de abrangência, segundo o Caderno de Ações Programáticas que utilizamos para registrarmos os levantamentos de dados da população atendida na UBS, onde a estimativa do número de idosos residentes na área era de 322. Ao início do trabalho da equipe tínhamos conhecimento de que na área de abrangência havia 374 usuários idosos, segundo cadastramento realizado na UBS.

Antes da intervenção tínhamos notado que não existia um atendimento priorizado em nossa UBS para este importante grupo populacional. Alcançaram-se resultados positivos em quanto à cobertura e qualidade dos atendimentos da população alvo na UBS com a participação de todos os membros da equipe. As pessoas que participaram do projeto se encontram satisfeitas com os atendimentos ofertados pela equipe de saúde. Com a intervenção, alcançamos uma cobertura de 60,7% dos idosos residentes na área. Na UBS foi possível atualizar o cadastro e os registros da população idosa, foram realizadas as atividades segundo o preconizado no protocolo disponibilizado no município. Foi possível manter uma atualização dos exames aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, avaliar

os tratamentos para estas duas doenças dando prioridade aos medicamentos disponibilizados na farmácia popular/Hiperdia e deste modo manter um melhor controle destas doenças tão frequentes na nossa população alvo.

Também ao avaliar os fatores de riscos, orientamos a importância de aderir aos hábitos mais saudáveis para uma melhor qualidade de vida. Identificamos os idosos acamados ou com problemas de locomoção assim como os que estavam precisando de visita domiciliar, as quais foram realizadas ao longo do projeto. Foi possível chegar até as comunidades do interior com nossa intervenção.

Recebemos grande apoio por parte da gestão, como a prioridade na marcação dos exames complementares o que favoreceu na atualização dos dados em cada usuário que participou da intervenção. Aspecto que ainda temos que melhorar para completar os exames de todos os idosos de nossa intervenção, mas contamos com o apoio de nossa secretaria de Saúde e com certeza em um curto período de tempo vamos atingir nossa meta.

Foi disponibilizada a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa para o 100% de nossos usuários o que influi na qualidade dos registros. Também foi um grande apoio a disponibilização de transporte para as visitas no interior do município. Constitui para nós os integrantes da equipe uma grande alegria ver como os familiares dos idosos se interessam em conhecer e inserir seus parentes idosos aos acompanhamentos na UBS E o mais importante é que a intervenção já forma parte de nossa rotina dos atendimentos.

Nosso projeto está modificando a visão dos profissionais da equipe em relação ao manejo dos usuários idosos. Outros pontos positivos e benefícios para a população em geral, foram às facilidades dos atendimentos, fortificação da relação equipe-comunidade e melhor controle das doenças que apresentam estes usuários. Enquanto aos aspectos que devem ser melhorados para manter a intervenção, é o transporte para o deslocamento da equipe ao interior para manter os atendimentos nessas comunidades e as visitas aos idosos que moram distante, aos acamados e com problema de locomoção.

Realmente com a intervenção alcançamos nosso objetivo planejado do início do estudo, no final a comunidade ganhou mais o espaço para sua participação, a equipe melhorou a organização e planejamentos de suas ações, o município ganhou um programa com maior qualidade e a possibilidade de implementar em outras ações programáticas, melhorando a qualidade de assistência à saúde em nossa

comunidade, contemplando a universalidade, integralidade, equidade e participação popular.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Destinatário: Sra. Eloaze Pires.

Presidenta do Conselho Municipal de Saúde.

Durante o desenvolvimento das atividades na Unidade Básica de Saúde São Jose dos Ausentes, realizamos uma intervenção no período de 12 semanas, a fim de melhorar o atendimento a população idosa, ou seja, com 60 anos ou mais, de nossa comunidade. Temos uma quantidade de 3.219 pessoas residentes na área de abrangência da UBS, e de acordo com o cadastro dos ACS, 374 destas são idosas.

Primeiramente foi possível organizar a agenda do dia a dia para contar com um turno de atendimento específico para os idosos, população esquecida até o início do projeto. Além disso, se conseguiu organizar o acolhimento dos idosos na UBS. Questões que contribuíram na melhoria da qualidade dos atendimentos, os quais são realizados segundo os parâmetros estabelecidos no protocolo de atenção à pessoa idosa, do Ministério de Saúde.

Outra conquista foi à adesão da equipe e o desenvolvimento de um trabalho em união, o que favoreceu positivamente a qualidade na atualização dos atendimentos à pessoa idosa. Com a ajuda dos ACS se atualizou o cadastro de todos os idosos da área de abrangência e se conseguiu incorporar uma grande porcentagem deles no acompanhamento na UBS. Foi possível também incorporar muito idosos das comunidades do Interior. A cobertura do programa foi ampliada para 60,7%, com a intervenção. Segundo o estabelecido no protocolo, foi possível manter uma atualização dos exames aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. Também foi possível avaliar os tratamentos para estas doenças dando prioridade aos medicamentos disponibilizados na farmácia popular/Hiperdia, e deste modo, manter um melhor controle das duas doenças tão frequentes na nossa população alvo.

Todos os idosos acompanhados no programa foram avaliados quanto aos fatores de risco. E a equipe orientou quanto a importância da adesão de hábitos de vida saudáveis. Foram identificados os idosos acamados ou com problemas de locomoção, assim como os que estavam precisando de visita domiciliar, as quais foram realizadas ao longo do projeto.

É do conhecimento da comunidade em geral, a existência do programa de atenção a pessoa idosa na UBS. Cujas ações realizadas durante a intervenção, foram incorporadas na rotina do serviço.

Nosso projeto está modificando a visão dos profissionais da equipe em relação ao manejo dos usuários idosos. Outros pontos positivos e benefícios para a população em geral, foram às facilidades dos atendimentos, fortificação da relação médico-usuários e melhor controle deste importante grupo.

Durante estas 12 semanas não foi possível, cadastrar e acompanhar todos os usuários idosos da área. De um total de 374 idosos cadastrados conseguimos acompanhar no projeto 227 (60,7 %). Continuamos trabalhando na busca ativa dos usuários para garantir que todos sejam acompanhados pela UBS.

Constituem para nós, os integrantes da equipe de saúde, uma grande satisfação ver como os familiares dos idosos se interessam em conhecer e inseri-los no acompanhamento na UBS.. O apoio dado pela comunidade, participando do grupo de idosos, juntamente com as lideranças comunitárias; na divulgação deste projeto pela rádio comunitária, e a parceria com o Conselho Municipal de Saúde, foram imprescindíveis para obtermos estes resultados.

Para tal, reforçamos a importância do trabalho em conjunto, comunidade, equipe e gestão. A fim de continuarmos as melhorias na assistência à saúde em nossa comunidade.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Minhas expectativas iniciais era com a qualificação da minha prática profissional, contribuir para melhorar a atenção à saúde da comunidade, juntamente com os demais integrantes da equipe. Através da participação ativa nos diferentes espaços virtuais de aprendizagem oferecidos nesta modalidade de ensino à distância, como por exemplo, aprofundando meus conhecimentos clínicos e de atenção básica por meio dos estudos orientados, interagindo, colaborando, avançando a partir das diferentes atividades propostas. Além de contribuir com a qualificação da equipe, para melhorar o processo de trabalho e cooperar para a formação de maiores vínculos com a população assistida. Esperava, sentir-me mais estimulado para participar e ter autonomia na solução de problemas concretos no contexto em que atuo, influenciando na geração de mudanças em minha equipe.

Todas as minhas expectativas, em relação ao curso foram superadas. Pois os resultados demonstraram quanto é possível fazer, quando uma equipe trabalha unida e com entusiasmo. Ações que foram possíveis desde o início com o desenvolvimento do curso, com cada questionário preenchido, o que nos estimulou a manter uma relação estreita com todos os integrantes da equipe. Permitiu-nos conhecer a dinâmica de cada um dos programas priorizados no Sistema Único de Saúde (SUS). Já com o desenvolvimento do projeto propriamente dito, a união e adesão da equipe aumentaram. Foi um trabalho produtivo que chegou para mudar a forma de trabalho positivamente. Contribuiu com mudanças para o bem da população, e a equipe conseguiu incorporar o programa na rotina da UBS.

Atualmente, o serviço está mais organizado e com maior controle, permitindo um melhor desempenho e brindando um serviço de qualidade, integral e multiprofissional.

No decorrer do curso, contribuíram bastante no meu processo de aprendizagem os casos clínicos interativos, os quais abordaram temáticas próprias da atenção básica, doenças muito frequentes no dia a dia da Estratégia de Saúde da Família. Em cada caso interativo, com a troca de experiência com os demais participantes, foi possível aprofundar-nos nos diferentes conteúdos das patologias expostas. Os três testes de Qualificação Cognitiva, apresentados ao longo do curso, avaliou meu conhecimento tanto na área clínica quanto em saúde coletiva, referente aos princípios e diretrizes do SUS. Com estes TQC foi possível determinar as maiores dificuldade que eu apresentava, me direcionando aos temas que necessitava recapitular para aprimorar meus conhecimentos. A interação coletiva, ao postar tanto nos fórum de clínica e coletivos, promoveu a observação da situação de outras realidades, assim como a discussão e raciocínio clínico.

Os aprendizados mais relevantes do curso foram, a possibilidade de concretizar ações inéditas na nossa UBS. Pois inexistia um programa específico para o cuidado da pessoa idosa. A partir de então, foi estabelecido um sistema de registro e realizados atendimentos ao público alvo, com a qualidade requerida e merecida pela população. Ações estas adquiridas graças ao curso, que proporcionou meios para implantarmos a intervenção na unidade de forma adequada. Além disso, tendo este projeto como exemplo, a UBS encontra-se envolvida na extensão e implantação de outros programas também deficientes na nossa área de abrangência.

Além de melhorar a adesão da equipe também foi possível, mediante os diferentes treinamentos e capacitações, contar com uma equipe qualificada e com desejos de trabalhar para melhoria da qualidade da assistência à saúde da população. O curso contribuiu positivamente na relação e comunicação dos profissionais da equipe, com a população e com os gestores, os quais também participaram no desenvolvimento do projeto.

Foi minha primeira experiência de aprendizagem a distância mediante ambiente virtual. Expresso minha satisfação na aprendizagem adquirida, com suas vantagens da liberdade de fazer minhas tarefas em qualquer lugar e horário, facilitando o estudo confortáveis e motivados com casos interativos da prática clínica

e de saúde coletiva, com o intercâmbio de ideias com outros colegas e professores, melhorando muito o idioma português. Levando para minha vida profissional muito mais conhecimentos, boas experiências nas intervenções e um alto nível de responsabilidade pelo dever a cumprir com bases sólidas desse processo de aprendizagem no curso, com as expectativas alcançadas e com o compromisso de aplicar na prática, para assim contribuir para uma melhor qualidade de vida e saúde da população.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008. 52 p. il. color – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília 2007. 128 p. (Caderno de atenção básica, n.19)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p. il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p. il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36)

Apêndices

Apêndice A – Fotografia da realização de hemoglicoteste na visita domiciliar ao idoso acamado pela técnica de enfermagem no projeto de intervenção na UBS São José dos Ausentes/RS, 2015.



Apêndice B – Fotografia da consulta médica na visita domiciliar no projeto de intervenção na UBS São José dos Ausentes/RS, 2015.



Apêndice C – Fotografia da consulta de enfermagem na UBS no projeto de intervenção na UBS São José dos Ausentes/RS, 2015.



Apêndice D – Fotografia da equipe realizando visita domiciliar ao idoso no projeto de intervenção na UBS São José dos Ausentes/RS, 2015.



Apêndice E – Fotografia da equipe durante reunião de monitoramento da intervenção no projeto de intervenção na UBS São José dos Ausentes/RS, 2015.



Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patricia Abrantes Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPel

Anexo B- Planilha de coleta de dados

| Digite apenas nas células em VERDE. | | | | | | |
|---|--|-------------|--------------|--------------|-------|--|
| Número total de idosos (adultos de 60 ou mais anos de idade) residentes na área | | 374 | | | | OBSERVAÇÕES Considere apenas os idosos residentes na área de abrangência da unidade de saúde. Você pode obter este dado do cadastramento do SIAB ou, se não puder obter este dado diretamente, pode usar uma estimativa - ver observações para a célula C20. |
| Número total de idosos residentes na área e <u>acompanhados</u> no programa de Saúde do Idoso | | Mês 1 49 | Mês 2 116 | Mês 3 227 | Mês 4 | OBSERVAÇÕES Considere apenas os idosos residentes na área de abrangência da unidade de saúde que frequentam o Programa de Saúde do Idoso. Você pode obter este dado contando as fichas do Programa / fichas espelho / fichas sombra. Se você não tem um Programa de Saúde do Idoso instalado em sua unidade de saúde, considere os idosos que são atendidos em sua unidade de saúde. Você pode localizar estes idosos a partir das Fichas de Atendimento Ambulatorial (FAA) ou Livro de registro dos atendimentos da unidade de saúde. |
| Número total de idosos residentes na área que estão acamados | | Mês 1 23 | Mês 2 23 | Mês 3 23 | Mês 4 | Digite aqui o número de idosos acamados ou com dificuldade de locomoção de acordo com sua realidade. Se não souber, pode usar uma estimativa, um número aproximado, obtido abaixo, na célula C25. Se usar esta estimativa, lembre-se de digitar na célula C15, |
| *Estimativa de idosos no território | | | | | | |
| População total | | 3219 | | | | Digite a população total nesta célula de acordo com sua realidade e a estimativa de idosos será calculada automaticamente e mostrada na célula C22. Utilize este número se você não dispõe de dados cadastrais. Lembre-se que você precisa de um denominador (real ou estimado) para o cálculo dos indicadores. |
| Estimativa de idosos (10% da população total) | | 322 | | | | Este seria o número total estimado de idosos residentes no território, utilizado para os indicadores. Utilizou-se uma estimativa de 10% da população total da área. |
| Estimativa de idosos acamados ou com dificuldade de locomoção (8% dos idosos) | | 26 | | | | Este seria o número estimado de idosos residentes no território acamados ou com dificuldade de locomoção. Utilizou-se uma estimativa de 8% da população de idosos. Ele será utilizado como denominador para o indicador 2.5. |

Indicadores de Saúde do Idoso - Mês 1

[illegible]

Anexo C-Ficha espelho

Data do ingresso no programa __/__/__ Número do Prontuário:_____ Cartão SUS _____

Nome completo _____ Data de nascimento: __/__/__ Telefones de contato: _____/_____/_____

Endereço: _____ Necessita de cuidador? () Sim () Não Nome do cuidador _____

Problema de locomoção? () Sim () Não É acamado(a)? () Sim () Não HAS? () Sim () Não DM? () Sim () Não Possui a Caderneta da pessoa idosa? () Sim () Não

Estatura: __ cm / Perímetro Braquial: __ cm Osteoporose? () Sim () Não Depressão? () Sim () Não Demência () Sim () Não.

Se sim, qual? _____

O idoso tem avaliação de risco para a saúde bucal? () Sim () Não Data da primeira consulta odontológica: __/__/__

AValiação MULTIDIMENSIONAL RÁPIDA DA PESSOA IDOSA (NORMAL OU ALTERADO)

| Data | Nutrição | Visão | Audição | Incontinência | Ativ.sexual | Humor/Depressão | Cognição e memória | MMS | MMII | Ativ. Diária | Domicílio | Queda | Rede Social |
|------|----------|-------|---------|---------------|-------------|-----------------|--------------------|-----|------|--------------|-----------|-------|-------------|
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |

CONTROLE DAS VISITAS DOMICILIARES AOS IDOSOS ACAMADOS OU COM PROBLEMAS DE LOCOMOÇÃO

| Data | ProfissionalVD | Data | ProfissionalVD | Data | ProfissionalVD | Data | ProfissionalVD |
|------|----------------|------|----------------|------|----------------|------|----------------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| CONSULTA CLINICA | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|-------|--------------------------|-------------------------|------------------------|-------------|-----------------------------------|-------------------|--|-----------------------------------|---|-------------------------------|--------------------------|
| | | | | | | PARA PORTADORES DE HAS E/OU DM | | | | | | |
| Data | Idade | Profissional Que Atendeu | Pressão arterial (MmHg) | Peso (Kg) | IMC (kg/m2) | Estratificação de risco | | Exame dos pés (normal ou alterado) | Exame físico (normal ou alterado) | Avaliação da necessidade de tratamento odontológico | | |
| | | | | | | Framingham | Lesões órgão alvo | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| Risco de morbimortalidade | | Tem fragilidade? | | Orientação nutricional | | Orientação sobre atividade física | | Orientação para cuidados com saúde bucal | | Data da visita domiciliar (se necessária) | Data da busca (se necessária) | Data da próxima consulta |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____
_____, Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.
